مقاله اصیل پژوهشی

مقایسه اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر علائم افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به صرع و میگرن

محمد دهقانی فیروزآبادی[1]، غلامرضا منشئی[2]، زهرا دانای سیج[3]، غلامرضا شریف‌زاده[4]

چکیده

زمینه و هدف: بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن، به‌طور چشمگیری در معرض خطر ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی به‌ویژه افسردگی و اضطراب قرار دارند. نتایج پژوهش‌ها، بیانگر اثربخشی مدیریت استرس به‌شیوه شناختی- رفتاری بر افسردگی و اضطراب است. این مطالعه با هدف مقایسه اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به صرع و میگرن انجام شد.

روش تحقیق: در این مطالعه کارآزمایی بالینی نیمه‌تجربی، از بین مراجعین به کلینیک مغز و اعصاب، 21 بیمار مبتلا به صرع و 19 بیمار مبتلا به میگرن که براساس مصاحبه بالینی و پرسشنامه افسردگی و اضطراب بک، تشخیص افسردگی خفیف تا متوسط و اضطراب منتشر برای آنها داده شد، به‌روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و در دو گروه درمانی قرار گرفتند. هر گروه، به‌طور جداگانه روش مدیریت استرس را دریافت کردند و به‌منظور مقایسه میزان بهبودی افسردگی و اضطراب، برای افراد هر گروه، قبل و پس از انجام مداخلات درمانی، پرسشنامه افسردگی و اضطراب بک تکمیل شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS (ویرایش 15) و با کمک آزمون‌های آماری تی‌زوجی و مستقل، در سطح معنی‌داری $P<0/05$ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: در این مطالعه، مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری، بر علائم افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به صرع و میگرن به‌طور معنی‌داری مؤثّر واقع شد و بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون، تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($P<0/001$)؛ ولی بین دو گروه از نظر اثربخشی درمان، اختلاف معنی‌داری وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج این تحقیق، روش مدیریت استرس، بر افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به صرع و میگرن مؤثّر است و نوع بیماری عصب‌شناختی، بر اثربخشی درمان، تأثیری ندارد. این روش می‌تواند در کنار دارودرمانی، به‌صورت ترکیبی به‌کار رود.

واژه‌های کلیدی: صرع؛ میگرن؛ افسردگی؛ اضطراب؛ مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. 1393؛ 21 (4): 407-415.

دریافت: 1393/05/14 **پذیرش: 1393/10/13**

* کد ثبت کارآزمایی بالینی میگرن: IRCT201301144607N2

* کد ثبت کارآزمایی بالینی صرع: IRCT201311224607N3

[1] استادیار، گروه نورولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران؛

[2] نویسنده مسؤول؛ استادیار، گروه روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان، واحد خوراسگان، اصفهان، ایران؛

آدرس: اصفهان- دانشگاه آزاد اسلامی- واحد خوراسگان- گروه روانشناسی

تلفن: 09133170300 پست الکترونیکی: smanshaee@yahoo.com

[3] دانشجوی دکترای روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان، واحد خوراسگان، اصفهان، ایران؛

[4] استادیار، گروه بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.

مقدمه

صرع، عبارت است از بروز یک‌سری علائم عصب‌شناختی در اثر تخلیه الکتریکی نورون‌های مغزی که به شکل بروز حملات صرع ناگهانی ولی عودکننده تظاهر می‌یابد. این بیماری، در جنس مذکّر شایع‌تر است و شایع‌ترین سن بروز آن، زیر 10 سالگی است و در بروز آن، هم عوامل ژنتیکی و هم عوامل محیطی دخالت دارند. نوع ژنتیکی آن، از پیش‌آگهی بهتری برخوردار است (1). مطالعات انجام‌شده بیانگر آنست که صرع، به‌میزان 11/6درصد با مشکلات روانی، 56/6درصد با احساس شرم، ترس، نگرانی و اعتماد به نفس پایین و 26/6درصد با احساس برچسب‌خوردن در اجتماع ارتباط دارد (2). شیوع کلی اختلالات روانی در صرع، 50-60 درصد ذکر شده است. از بین اختلالات روان‌پزشکی همراه با صرع، حداکثر توجّه به افسردگی شده است و اختلالات دیگر کمتر مورد توجه بوده‌اند (3). برخی مطالعات، افسردگی و برخی دیگر اختلال اضطرابی را شایع‌ترین اختلال گزارش کرده‌اند. صرع همراه با افسردگی، تأثیرات عمیقی بر جای می‌گذارد و به اُفت عملکرد روزانه و تنزّل کیفیّت زندگی بیمار، کاهش میزان ازدواج، افزایش نرخ بیکاری و مرگ و میر بالا منجر می‌شود. استرس‌های روانی- اجتماعی به‌ویژه افسردگی، از عوامل افزایش‌دهنده خطر خودکشی در این بیماران است. صرع، با ایجاد باورهای زیربنایی ناکارآمد، مهارت‌های سازگاری و توانایی مقابله با مشکلات یک بیماری مزمن را تحت تأثیر قرار می‌دهد. باورهای این بیماران، با عقاید یک فرد عادی تفاوت دارد و به‌وسیله تجارب منفی مربوط به صرع تقویت می‌شود و به سطوح بالای افسردگی و اضطراب مزمن می‌انجامد.

در مدل شناختی افسردگی، محرّک خلق افسرده، رویدادهای منفی و پر استرس زندگی است. رویدادهای پر استرس، بخش عمده زندگی بیماران مبتلا به صرع را تشکیل می‌دهند. ابتلا به صرع، درمان آن و درگیربودن همیشگی با یک اختلال عصب‌شناختی، طیفی از استرس برای بیمار در پی دارد. در بسیاری از موارد، افراد مبتلا، در فاصله بین حملات، توانایی زندگی طبیعی را دارند. اما مشکلات مربوط به آثار جانبی درمان و ترس از ازدست‌دادن کنترل و برچسب‌های اجتماعی نادرست، محدودیّت‌های اجتماعی وسیعی برای مبتلایان ایجاد می‌کند. ماهیّت غیرقابل‌پیش‌بینی حملات، مبتلایان به صرع را اغلب با موقعیت‌های پر استرس و ناکام‌کننده‌ای مثل: مشکلات مربوط به کار و استخدام و روابط بین‌فردی ضعیف، مواجه می‌کند.

سردرد، به‌صورت یکی از شکایات شایع بشر امروزی درآمده است؛ از این میان، میگرن بیشترین نوع سردرد و در حدود 12-15 درصد مردم جهان را درگیر خود کرده است (1). هرچند تاکنون علّت اولیه میگرن روشن نشده است، ولی احتمال نقش وراثت، تیپ شخصیتی، اختلال در پیام‌رسان‌های شیمیایی و عوامل روانشناختی، فیزیکی و محیطی مطرح شده‌اند و هم‌اکنون تعامل میان همه عامل‌های یادشده را عامل میگرن می‌دانند. در مواردی که فرکانس میگرن برای چند ماه افزایش می‌یابد، احتمال اینکه میگرن با سردرد تنشی و افسردگی- اضطراب همراه باشد، وجود دارد. دو دسته درمان برای میگرن به‌کار برده می‌شود که شامل: درمان دارویی و درمان غیر دارویی است. درمان دارویی، با هدف اثرگذاری بر آسیب‌شناسی خود میگرن به‌کار برده می‌شود و شامل انواع گوناگونی از آگونیست‌های گیرنده سروتونین است. پژوهش‌های متعدّدی، به رابطه سردرد با اختلالات روان‌پزشکی به‌ویژه اضطراب و افسردگی اشاره کرده‌اند. به‌دلیل اثرات ناخواسته سردرد بر زندگی روان‌شناختی بیمار و نقش استرس در راه‌اندازی و تشدید سردردها (4)، از اواخر دهه 1970، درمان‌های روانشناختی در سردرد مورد توجه قرار گرفت (5). از درمان‌های غیر دارویی، آرامش عضلانی، بازسازی شناختی و هیپنوتیزم، روش‌هایی می‌باشند که در درمان میگرن بیشتر به‌کار می‌روند (6). خودداری از فعالیت‌های شخصی یا انجام ناقص آنها، بر زندگی عاطفی

فرد تأثیر می‌گذارند. احساس بی‌کفایتی و ناکارآمدی در کنترل درد، به کاهش احساس خودکارآمدی و ایجاد خطاهای شناختی در فرد می‌انجامد؛ از سوی دیگر، باورها و چشم‌داشت‌های نادرست درباره درد، زمینه ایجاد خلق منفی را در فرد فراهم می‌کند و گاهی به خودپنداره کلّی و عزت‌نفس وی آسیب می‌زند (7، 8).

Hammond (9)، Drumond (10) و دانای سیج (11)، روش‌های آرامش عضلانی، بازسازی شناختی و حواس‌پرتی را در کاهش فراوانی میگرن و Holroyed و Penzien (12)، بازسازی شناختی را در بهبود سلامت روان و کیفیّت زندگی بیماران مبتلا به میگرن، با موفقیّت به‌کار برده‌اند.

بررسی‌های French و همکاران (13) نشان دادند که باور بیمار به توانایی تحمل وی از درد جسمانی یا کنترل آن، میزان ناتوانی از بیماری را پیش‌بینی می‌کند و تداوم احساس درماندگی در برابر بیماری جسمی و استقرار حالات خلق منفی و افسردگی را فراهم می‌کند. در شیوه درمان‌هایی مانند درمان شناختی- رفتاری، این باور وجود دارد که با وجود اینکه نمی‌تواند شرایط زندگی بیمار را تغییر دهد، ولی شاید بتواند نگرش بیمار درباره رویدادهای زندگی و استرس‌های ناشی از آن را تغییر دهد؛ بنابراین به بیمار کمک می‌کند تا در معیارهای آرمان‌گرایانه و شیوه‌های مقابله خود با رویدادها، بازنگری کند؛ کمتر از خود انتقاد کند و راه‌حل‌های تازه‌ای برای مشکلات خود بیابد؛ همچنین در این شیوه، باورها و چشم‌داشت‌های بیمار درباره امکان کنترل درد، به بحث گذاشته می‌شود و با آموختن مهارت‌هایی در زمینه کنترل استرس، مقابله مؤثّر با شرایط آزاردهنده بیماری و موقعیت‌های مشکل‌آفرین، به تقویت حس خودکارآمدی بیمار می‌پردازد و از این راه می‌کوشد تا احساس ناتوانی او را کاهش داده و به بهبود خلق منفی کمک نماید (14).

از میان درمان‌های مؤثّر بر افسردگی و اضطراب ناشی از بیماری‌های جسمی، مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری با استفاده از ترکیب روش‌های کاهش اضطراب مثل: آرمیدگی عضلانی، بازسازی شناختی، آموزش مقابله مؤثّر، آموزش ابرازگری و مدیریت خشم، توانسته است با موفقیت در درمان مشکلات هیجانی و جسمی مانند: اضطراب و افسردگی، بی‌خوابی، دیابت، فشارخون بالا، بیماری قلبی، آرتریت، ایدز و سرطان، به‌کار گرفته شود. این روش وقتی به شکل گروهی برگزار شود، از نظر وقت و هزینه به‌صرفه‌تر است (15). گروه‌درمانی شامل یازده عنصر امیدوارکردن، همگانی‌بودن تجارب انسانی، فراهم‌کردن اطلاعات، نوع‌دوستی، اصلاح رفتار، ایجاد تکنیک‌های اجتماعی‌شدن، رفتار تقلیدی، یادگیری بین‌فردی، انسجام گروه و تخلیه هیجانی می‌باشد (16).

با توجه به اینکه روش مدیریت استرس به‌شیوه شناختی- رفتاری، در کاهش علائم افسردگی و اضطراب مؤثّر شناخته شده است و نیز با توجه به پژوهش‌هایی که مرور شد؛ بیماری‌های جسمانی مثل: سردرد و صرع، به‌خاطر تأثیری که بر کیفیت زندگی این بیماران دارند، زمینه ایجاد اضطراب و افسردگی را فراهم می‌کنند. در این پژوهش سعی شد که در مرحله اول، تأثیر این روش در کاهش علائم افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به میگرن و صرع به‌طور جداگانه مورد بررسی قرار گیرد و در مرحله دوم، با توجه به اینکه هر دو بیماری صرع و میگرن، اساس عصب‌شناختی، به این سؤال پاسخ داده شود که آیا اثربخشی این روش، تحت تأثیر بیماری عصب‌شناختی زمینه‌ای قرار می‌گیرد و در صورت مثبت‌بودن پاسخ، در کدام بیماری اثربخشی آن بیشتر است؟ به این منظور، نتایج سنجش اضطراب و افسردگی بعد از اجرای این روش، مورد مقایسه قرار گرفت.

روش تحقیق

این پژوهش از نوع کارآزمایی بالینی نیمه‌تجربی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون است که در دو گروه بیماران مبتلا به سردرد میگرنی و بیماران صرعی انجام شد. جامعه آماری، بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک تخصصی بیمارستان امام

رضا (ع) بیرجند بود. تشخیص سردرد میگرنی و صرع، توسط متخصص مغز و اعصاب برای بیماران تأیید گردید و پس از آن، مصاحبه بالینی توسط کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی برای کلیه بیماران صورت گرفت و به‌منظور تشخیص افسردگی خفیف تا متوسط و اضطراب منتشر، برای آنها آزمون اضطراب و افسردگی بک انجام شد. شرایط ورود به مطالعه، داشتن معیارهای سردرد میگرنی و حملات صرع براساس معیارهای تشخیصی و داشتن تحصیلات در حدّ ابتدایی و ملاک‌های خروج شامل: عدم تمایل به ادامه مطالعه یا غیبت در بیشتر از دو جلسه از جلسات بود. حجم نمونه بر اساس فرمول برآورد میانگین و با توجه به نتایج مطالعه سجادی‌نژاد و همکاران (17)، برای هر گروه از بیماران، 20 نفر تعیین شد که به روش نمونه‌گیری در دسترس، از بین بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک مغز و اعصاب بیمارستان امام رضا (ع) بیرجند انتخاب شدند. از این تعداد، یک نفر از گروه بیماران مبتلا به سردرد، از ادامه حضور در مطالعه انصراف داد. در نهایت پژوهش با حجم نمونه 19 نفر برای گروه بیماران مبتلا به میگرن و 21 نفر برای گروه بیماران مبتلا به صرع برگزار شد.

ابزار ارزیابی، پرسشنامه افسردگی و اضطراب بک بود که در ایران استاندارد شده و به‌طور وسیع برای افسردگی و اضطراب در افراد طبیعی و دارای اختلال روانی به‌کار می‌رود (18). این دو آزمون، مستقل از فرهنگ می‌باشد که در اقشار مختلف اجتماعی، قابل اجراست. پرسشنامه افسردگی بک، از 21 ماده مرتبط با نشانه‌های مختلف مثل: احساس افسردگی، گناه، احساس شکست و ناتوانی، تحریک‌پذیری، آشفتگی خواب و از دست‌دادن اشتها تشکیل شده است. دامنه نمره‌ها حداقل بین 0-63 قرار دارد. ضرایب همسانی درونی برای این پرسشنامه 0/89- 0/94 با میانگین 0/86 می‌باشد (19). پرسشنامه اضطراب بک شامل 21 ماده مرتبط با نشانه‌های شناختی و فیزیکی اضطراب است که فراوانی علائم اضطراب را در مقیاس 0-3 می‌سنجد و دامنه نمره‌ها بین 0-63 قرار دارد و دارای روایی 0/62، پایایی 0/83 و ثبات درونی 0/92 است (20).

برای 40نفر بیمار زن شرکت‌کننده در مطالعه، 30 جلسه 2 ساعته روش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری براساس کتاب Antoni (15)، توسط کارشناس ارشد روانشناسی بالینی برگزار گردید. جلسات شامل روش‌های کاهش اضطراب مثل آرمیدگی عضلانی بود که سبب گشادشدن رگ‌ها و پایین‌آمدن ضربان قلب می‌شود و در حالت تضاد با تنش قرار دارد (21). آموزش تن‌آرامی، به‌صورت پیشرونده و شامل: تنفس شکمی، آموزش تن‌آرامی با 16 ماهیچه، مرحله بعد 8 ماهیچه، مرحله سوم 4 ماهیچه، تن‌آرامی منفعلانه، آموزش خودزاد برای گرما، آموزش خودزاد برای ضربان قلب، تنفس، شکم و پیشانی همراه با تصویرسازی و مراقبه مانترا بود که در مجموع بیست دقیقه از وقت آغازین هر جلسه، به آن اختصاص یافت. آموزش بازسازی شناختی شامل: آموزش خطاهای شناختی، افکار خودکار و باورهای منفی و شیوه به‌چالش‌کشیدن آنها، آموزش مهارت‌های مقابله شناختی- رفتاری مثل: مهارت‌های حل مسأله، رفتار جرأت‌مندانه، راهکارهای افزایش اعتماد به نفس، آموزش مدیریت خشم و نیز راهبردهای کنترل توجه و انحراف توجه از درد یا تشنج، تفسیر دوباره معنی درد یا تشنج، چالش‌های فکری برای فاجعه‌زدایی از افکار مربوط به درد یا تشنج (15) را که همگی به کاهش سطح استرس کمک می‌کند، شامل می‌شد و چهل دقیقه از وقت هر جلسه را به خود اختصاص داد. ساعت پایانی جلسات نیز به بررسی تکلیف و صحبت در زمینه مشکلات بیماران در زمینه انجام تکالیف، اختصاص یافت.

به‌منظور بررسی تأثیر روش‌های درمانی، از آزمون افسردگی و اضطراب بک، قبل و در پایان درمان، برای هر دو گروه استفاده شد. داده‌ها پس از جمع‌آوری، در نرم‌افزار SPSS (ویرایش 15) وارد شد و ضمن ارائه آمار توصیفی، توزیع آنها با استفاده از آزمون T-test زوجی و مستقل، در

سطح معنی‌داری آلفا مساوی با 0/05، تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

این مطالعه بر روی 19 بیمار مبتلا به میگرن و 21 بیمار مبتلا به صرع انجام شد. میانگین سنی در گروه بیماران صرعی 34/8±7/1 سال و در گروه بیماران میگرنی 33/4±9 سال برآورد گردید (P>0/05). در گروه بیماران میگرنی 4 نفر (21/1%) و در گروه بیماران صرعی 5 نفر (23/8%) مرد بودند (P>0/05) که اختلاف معنی‌داری از نظر سن و جنس در دو گروه مشاهده نگردید و از این نظر دو گروه همسان بودند.

مقایسه میانگین نمره اضطراب دو گروه بیماران صرعی و میگرنی پس از اجرای آزمون بک بعد از درمان نشان داد که این روش بر اضطراب بیماران مؤثّر بوده است و میانگین نمرات اضطراب بیماران مبتلا به صرع، از 19/7 قبل از مداخله به 8/9 بعد از مداخله و میانگین نمرات اضطراب بیماران مبتلا به میگرن، از 18/5 قبل از مداخله به 8/1 بعد از مداخله کاهش یافته است (P<0/001).

بر اساس جدول 2، پس از اجرای آزمون افسردگی بک مشخص شد که این روش، بر افسردگی هر دو گروه، به‌طور معنی‌داری مؤثّر بوده است و میانگین نمرات افسردگی برای گروه بیماران مبتلا به صرع، از 20/7 قبل از مداخله به 10/1 بعد از مداخله و در گروه بیماران مبتلا به میگرن، از 21/1 قبل از مداخله به 7/2 بعد از مداخله کاهش یافته است.

یافته‌های حاصل در خصوص مقایسه اثربخشی روش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری در کاهش اضطراب و افسردگی در دو گروه بیماران مبتلا به صرع و میگرن نشان داد که بین میانگین نمرات قبل و بعد از درمان، اختلاف معنی‌داری وجود دارد، ولی از نظر تأثیرگذاری این روش، بین دو گروه اختلاف معنی‌داری وجود ندارد (جدول 3).

جدول 1- مقایسه میانگین نمره اضطراب قبل و بعد از درمان، در دو گروه بیماران صرعی و میگرنی

گروه	زمان مداخله			
	قبل از مداخله (X±SD)	بعد از مداخله (X±SD)	سطح معنی‌داری آزمون تی‌تست زوج‌شده	تغییرات قبل و بعد از مداخله (X±SD)
بیماران صرعی N=21	19/7±7/1	8/9±3/9	0/001*	-10/8±6/1
بیماران میگرنی N=19	18/5±5/9	8/1±4/1	0/001	-10/4±4/9
سطح معنی‌داری آزمون T-Test مستقل	0/56	0/48	**********	0/85

جدول 2- مقایسه میانگین نمره افسردگی قبل و بعد از درمان در دو گروه بیماران صرعی و میگرنی

گروه	زمان مداخله			
	قبل از مداخله (X±SD)	بعد از مداخله (X±SD)	سطح معنی‌داری آزمون تی‌تست زوج‌شده	تغییرات قبل و بعد از درمان (X±SD)
بیماران صرعی N=21	20/7 ± 5/7	10/1±4/5	0/001	-10/6±4/3
بیماران میگرنی N=19	21/1±8/7	7/2±3/6	0/001	-13/9±8/8
سطح معنی‌داری آزمون T- Test مستقل	0/87	0/03	**********	0/13

جدول 3- مقایسه میانگین نمره افسردگی و اضطراب قبل و بعد از درمان در کل بیماران

نام متغیر	زمان مداخله		
	قبل از مداخله (X±SD)(N=40)	بعد از مداخله (X±SD)(N=40)	سطح معنی‌داری تی‌تست زوج‌شده
اضطراب	19/1±6/5	8/5±3/9	0/001
افسردگی	20/9±7/2	8/7±4/3	0/001

بحث

مبتلایان به اختلالات پزشکی مزمن، به‌طور چشمگیری بیش از سایر افراد در معرض خطر ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی هستند؛ به‌طوری‌که برخی از مطالعات، میزان شیوع 15- 23 درصد را گزارش کرده‌اند (22). میزان شیوع افسردگی عمده در جمعیت عادی را تا 25درصد تخمین زده‌اند (23)؛ درحالی‌که این رقم در مبتلایان به صرع، چهار تا پنج‌برابر است (22) و در میگرن نیز بیشترین همراهی سردرد با اختلالات اضطرابی و افسردگی بوده است (24). مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری برای افسردگی و اضطراب با این فرض که سیستم انتقال‌دهنده عصبی مشترکی، هر دو اختلال را همراهی می‌کند، به کار می‌رود و به نظر می‌رسد در کاهش میزان عود و بازگشت علائم افسردگی و اضطراب مؤثّر باشد. یافته‌ها در این زمینه نشان می‌دهند که احتمالاً تغییر در افکار خودآیند منفی و کسب مهارت‌های شناختی، می‌تواند در پیشگیری از عود دخیل باشد (12).

در پژوهش حاضر، روش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری در دو گروه بیماران مبتلا به صرع و میگرن مورد ارزیابی قرار گرفت. این مطالعه، با بررسی نقش استرس در تشدید حملات سردرد و صرع و نقش شناخت‌های شخص در ایجاد استرس، به معرفی خطاهای شناختی، افکار خودکار و باورهای ناکارآمد که خود نقش مهمی در ایجاد خلق منفی به‌ویژه افسردگی دارند، پرداخت.

در این مطالعه آزمودنی‌ها مهارت‌های کنترل افکار منفی و در نتیجه خلق افسرده را آموختند که توانست باعث کاهش افسردگی گردد. اختلاف نمرات آزمون افسردگی قبل و بعد از درمان، برای گروه بیماران مبتلا به سردرد میگرنی، از نظر آماری و بالینی معنی‌دار بود. این یافته با یافته‌های پژوهش سجادی‌نژاد (17) که درمان شناختی- رفتاری و با نتایج مطالعه Golden (6) که بازسازی شناختی را با موفقیّت در کاهش افسردگی بیماران مبتلا به میگرن به کار بردند، همسو می‌باشد. اختلاف معنی‌دار نمره افسردگی بک، قبل و بعد از درمان، در گروه مبتلا به صرع نیز با نتایج پژوهش صالح‌زاده (25) و جواهری (26) در زمینه تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر افسردگی بیماران مبتلا به صرع همخوانی دارد.

به نظر می‌رسد که اضطراب بیمار، ناشی از احساس ترس شدید از تداوم اختلال در تمام عمر می‌باشد که این دور باطلی ایجاد می‌کند و باعث شدّت بیشتر حملات میگرن و صرع می‌شود. برگرداندن توجّه بیمار از علائم بیماری جسمی به توانایی کنترل شرایط، باعث ازبین‌رفتن این دور باطل می‌شود. در این پژوهش، نمرات اضطراب بک بعد از درمان در بیماران مبتلا به میگرن، به‌طور معنی‌داری کاهش یافت که از نظر بالینی و آماری معنی‌دار بود. این یافته، با نتایج پژوهش‌های آقامحمدیان (27) و دانای سیج (11) که روش تصویرسازی ذهنی و آرامش تدریجی عضلانی برای بیماران مبتلا به سردرد را با موفقیّت در کاهش اضطراب بیماران به کار بردند، همخوانی دارد. اختلاف معنی‌دار نمره اضطراب تست بک قبل و بعد از درمان در بیماران صرعی نیز با نتایج پژوهش دشت‌بزرگی (28) در تأثیر تن‌آرامی عضلانی پیشرونده بر کاهش اضطراب و بهبود کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا به صرع و نیز با نتایج مطالعه جواهری (26) در زمینه بررسی تأثیر مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی مبتلایان به صرع همسو می‌باشد؛ از طرف دیگر با توجه به نتایج جدول 3، بین دو بیمار، از نظر کاهش نمرات افسردگی و اضطراب در پایان درمان، تفاوت آماری و بالینی معنی‌داری دیده نشد که این نشان می‌دهد روش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری، تحت تأثیر بیماری زمینه‌ای نورولوژیک (میگرن و صرع) قرار نمی‌گیرد و می‌توان همراه با دارودرمانی، این روش را به‌عنوان یک روش مکمّل برای هر دو گروه بیمار به‌کار برد.

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که روش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری، بر اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا

به صرع و میگرن مؤثّر است و از این روش می‌توان به‌عنوان روش مکمّل در کنار دارودرمانی استفاده کرد. البته با توجه به محدودبودن جامعه آماری که منجر به نمونه‌گیری در دسترس شده است و عدم وجود گروه کنترل، در تعمیم نتایج باید احتیاط کرد.

مقاله حاضر، حاصل دو طرح تحقیقاتی با کد 843 برای مطالعه صرع و 791 برای مطالعه میگرن می‌باشد که با حمایت معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی بیرجند انجام شده است. بدین‌وسیله از آن معاونت محترم و همچنین همکاری مرکز توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان ولیعصر بیرجند تقدیر و تشکر می‌گردد.

تقدیر و تشکر

منابع:

1- Zeiaee J, Shirzadi M. Neurological diseases. 1st ed. Isfahan: Kankash; 2002. [Persian]

2- Ebrahimi HA. Challenges in the treatment of epilepsy. Journal of Kerman University of Medical Sciences. 19(2); 2012: 212-24. [Persian]

3- Whitman S, Hemann BP, Gordon AC, Psycophatology in epilepsy: How great is the risk? Biol Psychiatry. 1984; 19(2): 213-36.

4- Davis PA, Holm JE, Myers TC, Suda KT. Stress, headache and physiological disregulation: A time-series analysis of stress in the laboratory. Headache. 1998; 38(2): 116-21.

5- Gauthier JG, lvers H, Carrier S. Nonpharmaimcological approaches in the management of recurrent headache disorders and their comparison and combination with pharmacotherapy. Clin Psychol Rev. 1996; 16(6): 543-71.

6- Golden V, Daod T. Hypnosis Therapy. Translated by: Narimani M, Shafeei JM. Mashhad: Astan Quds Razavi; 2009. pp: 20-50 [Persian]

7- Gatchel R, Blachard EB. Psychophysiological Disorders: Research and Clinical Applications. Washington DC: American Psycological Association; 1993.

8- Turkington C. Sterss management for busy people. 1st ed. London: McGraw Hill; 1998.

9- Hammond DC. Review of the efficacy of clinical hypnosis with headaches and migraines. Int J Clin Exp Hypn. 2007; 55(2): 207-19

10- Drumond PD. Predisposing, precipitating and relieving factors in different categories of headache. Headache: The Journal of Head and Face Pain. 1985; 25(1): 16-22.

11- Danae Sij Z, Dehghani Firoozabadi M, Sharifzade G. Effects of cognitive-behavioral stress management on depression, anxiety, and pain control in patients with migraine headaches. Modern Care Journal. 2014; 10(3): 157-64. [Persian]

12- Penzien DB, Holroyd KA. Psychosocial interventions in the management of recurrent headache disorders. 2: Description of treatment techniques. Behavioral Medicine. 1994; 20(2): 64-73.

13- French DJ, Holroyd KA, Pinell C, Malinoski PT, O'Donnell F, Hill KR.. Perceived self-efficacy and headache-related disability. Headache. 2000; 40(8): 647-56.

14- Penzien DB, Andrasik F, Freidenberg BM, Houle TT, Lake AE 3rd, Lipchik GL, et al. Guidelines for trials of behavioral treatments for recurrent headache, first edition: American Headache Society Behavioral Clinical Trials Workgroup. Headache. 2005; 45 Suppl 2: S110-32.

15- Antoni M, Ironson G, Schneiderman N. Cognitive-Behavioral Stress Management. Translated by: Alemohammad SJ, Jokar S, Neshat Doost HT. 2nd ed. Isfahan: Jahad Daneshgahi Publication; 2007. pp: 30-55. [Persian]

16- Yalom ID, Leszcz M. Theory and practice of group psychotherapy. Translated by: Yassaie M. Tehran: Danjeh; 2011. pp: 22-40. [Persian]

17- Sajadinejad MS, Mohammadi N, Taghavi MR, Ashgazadeh N. Therapeutic effects of cognitive-behavioral group therapy on headache disability and depression in patients with migraine and tension headache. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2009; 14(4): 411-18. [Persian]

18- Lashkaripour K, Moghtaderi A, Sadjadi AR, Faghihinia M. Prevalence of post stroke depression and its relationship with disability and lesion location. The Quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health. 2008; 10(3): 191-7. [Persian]

19- Groth-Marnat G. Handbook of psychological assessment. Translated by: Pasha Sharifi H, Nikkhoo MR. 3rd ed. Tehran: Azadeh Publication: 2008. pp: 1010, 1020. [Persian]

20- Kaviani H, Mousavi AS. Psychometric properties of the Persian Version of Beck Anxiety Inventory(BAI). Tehran University Medical Journal. 2008; 66(2): 136-40. [Persian]

21- Fichtel A. Recurrent headache among Swedish adolescents: Psychosocial Factors, Coping and Effects of Relaxation Treatment. uppsala: Acta universitatis upsaliensis; 2003.

22- Lee EJ. A cognitive vulnerability model of depression for people with temporal lobe epilepsy: A four year longitudinal study. Madison: University of Wisconsin. 2007.

23- Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock´s synopsis of psychiatry: behavioral sciences and clinical psychiatry. Translated by: Pourafkari N. Tehran: Shahr-e-ab Publication: 2003. pp: 97. [Persian]

24- Jones JE, Hermann BP, Barry JJ, Gilliam F, Kanner AM, Meador KJ. Clinical assessment of Axis I psychiatric morbidity in chronic epilepsy: a multicenter investigation. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2005; 17(2): 172-9.

25-Salehzade M, kalantari M, Molavi H, Najafi MR, Noori A. Effectiveness of cognitive- behavioral group therapy with focusing on dysfunctional attitudes in epilepsly on quality of life in intractable epileptic patients. Journal of Behavioral Sciences. 2011; 4(4): 255-60. [Persian]

26- Javaheri R, Neshat- Doost HT, Molavi H, Zare M. Efficacy of cognitive- behavioral stress management therapy on improving the quality of life in females with temporal lobe epilepsy. Arak Medical University Journal (AMUJ). 2010; 13(2): 32-43. [Persian]

27- Aghamohammadian H, Kamal Shanbadi A. Effect of Muscle Relaxation and Cognitive Restructuring under Hypnosis in Women with Migraine: Single-case Study. Iranian Journal of psychiatry and clinical psychology. 2007; 13(2): 182-8. [Persian]

28- Dasht Bozorgi B, Majdinasab N, Sabeti Z, Alijani RH, Latifi SM. The effect of progressive muscular relaxation on quality of life in adolescents with epilepsy. Scientific Medical Journal. 2010; 9(5): 405-72. [Persian]

Abstract *Original Article*

Effectiveness of cognitive behavioral stress management on depression and anxiety symptoms of patients with epilepsy and migraine

Mohammad Dehghanifiroozabadi[1], Gholamreza Manshaee[2], Zahra Danae Sij[3], Gholamreza Sharifzadeh[4]

Background and Aim: Patients with chronic diseases are markedly at the risk of psychiatric disorders; particularly depression and anxiety. Results of various research have shown the effectiveness of cognitive behavioral stress management on depression and anxiety. The aim of the current study was a comparative effectiveness of cognitive behavioral stress management on "depression" and "anxiety" of patients with epilepsy and migraine.

Materials and Methods: In this semi-experimental clinical trial study 21patients with epilepsy and 19 patients with migraine were selected based on clinical interview and Beck's depression and anxiety questionnaires. .Mild to moderate depression and generalized anxiety were diagnosed in the patients..Then, the cases were divided into two treatment groups Patients in both groups received cognitive behavioral stress management. Beck depression and anxiety pre-post test was used to compare the recovery rate of depression and anxiety. Finally, the obtained data was analyzed by means of SPSS (V: 15), using paired and independent T- statistical .tests at the significant level of $P<0.05$.

Results: Cognitive behavioral stress management was significantly effective on the depression and anxiety symptoms of epileptic and migraine patients ($P<0.001$) and there was a significant difference between pre- and post-test scores, but there was no significant difference between the two groups in terms of efficacy.

Conclusion: According to the results of this study, cognitive behavioral stress management was effective on the depression and anxiety of epileptic and migraine patients, and chronic disease has no effect on this effectiveness. This method can be used in combination with drug therapy.

Key Words: Epilepsy, Migraine, Depression, Anxiety, Cognitive behavioral stress management

Journal of Birjand University of Medical Sciences. 2015; 21 (4): 407-415.

Received: August 5, 2014 ***Accepted: January 3, 2015***

[1] Assistant Professor, Department of Neurology, Faculty of Medicine, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran;

[2] Corresponding Author; Assistant Professor, Department of General Psychology, Azad University of Isfahan, Khorasgan Branch, Isfahan, Iran smanshaee@yahoo.com

[3] PhD psychology student, Azad University of Isfahan, Khorasgan Branch, Iran;

[4] Assistant Professor, Department of Health, Faculty of Public Health, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran.