

بررسی مقایسه‌ای اثربخشی سیتالوپرام و مداخله‌ی فراشناختی بر شدت افسردگی در مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی

غلامرضا خیرآبادی^۱، زهرا یوسفیان^۲، نظام‌الدین قاسمی^۳، مجید زمانی^۴، محمدرضا مراثی^۵

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: اختلال افسردگی اساسی، یکی از شایع‌ترین و پرهزینه‌ترین اختلالات در سراسر جهان می‌باشد که نیاز به مداخلات چند بعدی دارد. درمان فراشناخت، یک رویکرد درمانی جدید است که برای درمان بعضی اختلالات روان‌پزشکی استفاده می‌شود. این مطالعه، با هدف ارزیابی تأثیر سیتالوپرام و فراشناخت بر روی اختلال افسردگی اساسی انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه، یک کارآزمایی بالینی است که به شیوه‌ی پیش‌آزمون و پس‌آزمون طراحی شده است. نمونه‌ها به سه گروه دریافت‌کننده‌ی داروی سیتالوپرام (۱۲ بیمار)، درمان فراشناخت (۱۶ بیمار) و لیست انتظار (۸ بیمار) تقسیم شدند. نتایج با استفاده از پرسش‌نامه‌ی Beck (Beck depression inventory)، پرسش‌نامه‌ی MCQ-30 (Metacognitions questionnaire-30) و Cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ) ارزیابی شد و آنالیز داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های Post hoc و ANOVA انجام شد.

یافته‌ها: بین گروه‌های مورد مطالعه، از لحاظ مؤلفه‌های افسردگی، فراشناخت و تنظیم شناختی هیجان، تفاوت معنی‌داری قبل و بعد از درمان وجود داشت. البته، در ارتقای مؤلفه‌های فراشناخت، تنها درمان فراشناخت تفاوت معنی‌داری ایجاد کرد ($P = 0/010$). در مؤلفه‌ی علایم افسردگی، مداخله‌ی فراشناخت تأثیر معنی‌داری داشت ($P = 0/007$)؛ ولی درمان دارویی با وجود تفاوت بالینی، از نظر آماری تأثیر معنی‌داری نداشت ($P = 0/070$)؛ ضمن این که، تنظیم شناختی هیجان با درمان فراشناخت ارتقا یافت ($P = 0/020$).

نتیجه‌گیری: مداخله‌ی فراشناخت بر روی علایم افسردگی مؤثر می‌باشد. به علاوه، این مداخله می‌تواند منجر به سطح بالاتری از تنظیم شناختی هیجان شود.

واژگان کلیدی: سیتالوپرام، فراشناخت، هیجان، اختلال افسردگی اساسی

ارجاع: خیرآبادی غلامرضا، یوسفیان زهرا، قاسمی نظام‌الدین، زمانی مجید، مراثی محمدرضا. **بررسی مقایسه‌ای اثربخشی سیتالوپرام و مداخله‌ی فراشناختی بر شدت افسردگی در مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی.** مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۶؛ ۳۵ (۴۴۷): ۱۲۴۸-۱۲۴۲

پژوهش‌های مختلف، درصد بررسی متغیرهای مرتبط با این اختلال می‌باشند. بر اساس مطالعات انجام شده، عدم تنظیم هیجانی به عنوان یکی از ویژگی‌های اصلی اختلال افسردگی اساسی است (۲). تنظیم شناختی هیجان، به عنوان تلاش فرد برای نگهداری، بازداری و افزایش تجارب و حالات هیجانی تعریف می‌شود (۳). تحقیقات انجام شده، نشان می‌دهد که تنظیم هیجانی مؤثر با سلامت

مقدمه

اختلال افسردگی اساسی، از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی در جهان است که بیش از ۳۵۰ میلیون نفر را تحت تأثیر قرار می‌دهد و با هزینه‌های سنگین اقتصادی و فردی در ارتباط می‌باشد. اختلال افسردگی اساسی در مناطق مختلف ایران شیوع متفاوتی دارد؛ به طوری که در تهران ۹/۱ در زنان و ۴/۵ در مردان گزارش شده است (۱).

- ۱- دانشیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری و گروه روان‌پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- ۲- دستیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری و گروه روان‌پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- ۳- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه سلمان فارسی کازرون، کازرون، ایران
- ۴- استادیار، گروه طب اورژانس، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- ۵- استاد، گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Email: zyoosefian26@yahoo.com

نویسنده‌ی مسؤؤل: زهرا یوسفیان

قرار می‌گیرد. این مطالعه، با هدف بررسی مقایسه‌ای اثربخشی سیتالوپرام و مداخله‌ی فراشناختی بر شدت افسردگی، علایم فراشناختی افسردگی و تنظیم شناختی هیجان در مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی انجام گرفت.

روش‌ها

این پژوهش، از نوع کارآزمایی بالینی با طرح پژوهش پیش‌آزمون-پس‌آزمون بود که پس از تعیین و جایگزینی تصادفی گروه‌های مورد و شاهد، مداخله‌ی فراشناختی بر روی گروه مورد اول طی ۱۰ جلسه‌ی ۱ ساعته اعمال شد و برای گروه مورد دوم، داروی سیتالوپرام با دز ۶۰-۱۰ میلی‌گرم برای یک دوره‌ی شش ماهه تجویز گردید و گروه شاهد، هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد و در لیست انتظار قرار داده شد. هر سه گروه در دو نوبت (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) مورد ارزیابی قرار گرفتند.

جامعه‌ی آماری پژوهش شامل کلیه‌ی بیماران سرپایی مبتلا به اختلال افسردگی شهرستان اصفهان در سال ۱۳۹۴ بود که جهت نمونه‌گیری به کمک فراخوان در سطح شهر و مکان‌های عمومی جمع‌آوری شدند. محل انجام طرح، بیمارستان نور اصفهان بود. معیارهای ورود، شامل افراد ۴۵-۱۸ ساله‌ی مبتلا به اختلال افسردگی اساسی اپیزود اول و بدون علایم سایکوز، دو قطبی و خودکشی بودند. سپس، حدود ۸۰ نفر داوطلب جهت تشخیص قطعی اختلال افسردگی اساسی بر اساس علایم DSM-IV-text revision (DSM-IV-TR) توسط دکتری روان‌شناسی و روان‌پزشک مورد مصاحبه قرار گرفتند. افراد واجد شرایط به صورت تصادفی و پس از توضیحات کافی در مورد درمان و روش‌های آن و کسب رضایت آگاهانه در سه گروه مورد سیتالوپرام (۲۰ نفر)، مورد فراشناخت (۳۰ نفر) و شاهد (۱۰ نفر) جایگزین شدند. در نهایت، در گروه اول ۱۲ نفر، در گروه دوم ۱۶ نفر و در گروه سوم ۸ نفر تا انتهای مطالعه همکاری نمودند. اختیار جهت ادامه‌ی شرکت در مطالعه و یا خروج از آن در هر زمانی به بیمار داده شد. معیارهای خروج، علاوه بر عدم تمایل بیمار شامل بروز سایکوز یا حوادث تهدید کننده‌ی حیات بود.

جهت جمع‌آوری داده‌ها از یک پرسش‌نامه‌ی جمعیت‌شناختی شامل سن، جنس، تحصیلات و اشتغال و سه پرسش‌نامه‌ی دیگر استفاده شد.

الف- پرسش‌نامه‌ی افسردگی Beck

(Beck depression inventory یا BDI-II): پرسش‌نامه‌ی افسردگی Beck، فرمی ۲۱ سؤالی است که برای سنجش شدت افسردگی و تعیین نشانگان افسردگی در جمعیت بیماران روان‌پزشکی و در جمعیت به‌هنگار به کار می‌رود. پایایی و روایی این آزمون در ایران مورد تأیید قرار گرفته است (۱۵).

روان و تنظیم هیجانی ناکارآمد (Emotion dysregulation) با دامنه‌ای از اختلالات روان‌پزشکی رابطه دارد (۴). به طور کلی، تنظیم هیجانی ناکارآمد، در بیشتر اختلال‌های محور I و همه‌ی اختلال‌های محور II راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV) یا DSM-IV دخالت دارد (۵).

در طول چند دهه‌ی گذشته، شیوه‌های متنوعی برای درمان افسردگی به کار رفته است و به زعم پژوهشگران در انتخاب درمان، میزان اثربخشی، هزینه‌های اقتصادی، عوارض ناشی از به کارگیری و نرخ پاسخ‌گویی به درمان باید ملاک ارزیابی قرار گیرند. یکی از درمان‌های رایج در درمان افسردگی اساسی، دارودرمانی است (۶). بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی (World Health Organization یا WHO)، مهار کننده‌های اختصاصی بازجذب سروتونین (Selective serotonin reuptake inhibitors یا SSRI)، خط اول درمان افسردگی اساسی است و در میان آن‌ها، سیتالوپرام با توجه به تأثیر و تداخل دارویی کم، از رایج‌ترین آن‌ها می‌باشد (۷)، اما با این وجود، نیمی از بیمارانی که با دارودرمانی تحت درمان قرار می‌گیرند، در طول درمان دچار عود می‌شوند (۸). به همین خاطر، در سه دهه‌ی گذشته و پس از نقدهای نظری، مدل‌های خطی به تدریج جای خود را به مدل‌های پیچیده‌تر و چند لایه داده‌اند (۹).

یکی از این درمان‌های پیچیده، درمان فراشناخت Fisher و Wells است (۱۰). رویکرد فراشناختی به افسردگی، بر فرایند تفکر بیشتر از محتوای آن توجه دارد. در این مدل افسردگی با رخداد نوعی سبک تفکر ناسازگارانه موسوم به سندرم شناختی - توجه (Cognitive attention syndrome یا CAS) مرتبط است. این سندرم، شامل نوعی سبک تفکر تکرار شونده، به صورت نگرانی یا نشخوار فکری متمرکز بر تهدید و رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه است (۱۱). در واقع، نشخوار فکری، به عنوان یک سبک مقابله با خلق افسرده یا راهی برای خودتنظیمی هیجانی، تداوم می‌یابد و تشدید می‌گردد (۱۲).

بر اساس مطالعات انجام شده، باورهای مثبت و منفی فراشناختی که مرتبط با نشخوار فکری می‌باشند، نقش مهمی در افسردگی دارند (۱۳). باورهای مثبت افراد را تحریک می‌کنند که برای مقابله با افت خلق و تنظیم آن، از نشخوار فکری استفاده کنند و در نتیجه، موجب شروع افسردگی می‌شوند. زمانی که افت خلق به افسردگی منجر شد، نوع دوم باورهای منفی در زمینه‌ی غیر قابل کنترل بودن و نتایج احتمالی منفی حاصل از نشخوار فکری بروز می‌کند که منجر به احساس درماندگی می‌شود (۱۴). درمان فراشناختی، برای درمان اختلالات مختلف مورد استفاده

جدول ۱. درصد توزیع متغیرهای جمعیت‌شناختی در سه گروه دارودرمانی، روان‌درمانی و شاهد

| متغیر | گروه سیتالوپرام | گروه فراشناخت | گروه شاهد |
|---------|----------------------|---------------|-----------|
| جنسیت | مرد ۱۶/۷ | ۶/۳ | ۱۲/۵ |
| | زن ۸۳/۳ | ۹۳/۸ | ۸۷/۵ |
| تأهل | مجرد ۴۱/۷ | ۲۸/۶ | ۳۵/۳ |
| | متأهل، طلاق ۵۸/۳ | ۷۱/۴ | ۶۴/۷ |
| تحصیلات | لیسانس و بالاتر ۳۳/۳ | ۵۴/۵ | ۵۷/۱ |
| | زیر لیسانس ۶۶/۷ | ۴۵/۵ | ۴۹/۹ |

افراد متأهل با تحصیلات زیر لیسانس و خانه‌دار تشکیل می‌دهند، اما این تفاوت‌ها در سه گروه از نظر آماری معنی‌دار نبود ($P > 0/050$). میانگین، انحراف معیار و تفاوت میانگین‌ها در متغیرهای مورد مطالعه در سه گروه، در جدول ۲ گزارش شده است. جهت بررسی معنی‌دار بودن این تفاوت‌ها، از آزمون آماری ANOVA استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ آمده است.

همان‌طور که جدول ۳ نشان می‌دهد، بین سه گروه از لحاظ مؤلفه‌های افسردگی، فراشناخت و تنظیم شناختی-هیجانی، تفاوت معنی‌داری وجود داشت.

نتایج آزمون‌های تعقیبی نشان داد که در مؤلفه‌ی فراشناخت، تنها مداخله‌ی فراشناخت تفاوت معنی‌داری با گروه شاهد داشته است ($P = 0/010$). در مؤلفه‌ی افسردگی، بین دارودرمانی و گروه شاهد تفاوت وجود داشت اما نتایج از نظر آماری معنی‌دار نبود ($P = 0/070$); اما در مداخله‌ی فراشناخت، در مؤلفه‌ی افسردگی تفاوت معنی‌داری با گروه شاهد وجود داشت ($P = 0/007$). همچنین، در متغیر تنظیم شناختی-هیجانی، تنها بین مداخله‌ی فراشناخت ($P = 0/020$) با گروه شاهد، تفاوت معنی‌داری دیده شد.

بحث

در حال حاضر، افسردگی چهارمین بیماری شایع جهان محسوب می‌شود و طبق برآوردهای انجام شده از سوی سازمان بهداشت جهانی (WHO) پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۰ این بیماری به دومین بیماری شایع جهان تبدیل شود (۱۸). از این رو، مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی تأثیر دارودرمانی با استفاده از سیتالوپرام و مداخله‌ی فراشناخت بر اختلال افسردگی اساسی، فراشناخت و تنظیم شناختی هیجانی صورت گرفت. یافته‌های این مطالعه نشان داد که سیتالوپرام در کاهش افسردگی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی مؤثر است. این یافته، با یافته‌های پیشین (۱۷) که اثربخشی سیتالوپرام بر افسردگی اساسی را بررسی کردند، هماهنگ است. در مطالعه‌ای که تأثیر سیتالوپرام را در ۲۸۷۶ بیمار مبتلا به افسردگی مورد بررسی قرار دادند، نشان داده شد که نرخ بهبودی (Remission rate)، ۰/۳۳-۰/۲۸ و میزان پاسخ‌دهی ۰/۴۷ بوده است (۱۹).

ب- پرسش‌نامه‌ی فراشناخت (Metacognitions)

30-questionnaire یا MCQ-30: یک مقیاس خودگزارشی ۳۰ سؤالی است که ۳۰ مورد را در ۵ مقیاس جداگانه اندازه‌گیری می‌کند. این پرسش‌نامه، از روایی و پایایی مناسبی برخوردار است (۱۶).

ج- پرسش‌نامه‌ی تنظیم شناختی هیجان

(Cognitive emotion regulation یا CERQ): این پرسش‌نامه،

یک ابزار خود سنجی ۳۶ سؤالی است که ۹ راهبرد مقابله‌ای شناختی متفاوت را می‌سنجد. مطالعات زیادی بر روی این پرسش‌نامه انجام شده است که نتایج همه‌ی آن‌ها دلالت بر روایی و پایایی مناسب این پرسش‌نامه دارد. ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسش‌نامه، در ایران نیز تأیید شده است (۱۷).

تحلیل نتایج با استفاده از آزمون آماری ANOVA و آزمون‌های تعقیبی انجام گرفت. جهت تحلیل داده‌ها، از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه‌ی ۱۶ (version 16, SPSS Inc., Chicago, IL) استفاده شد.

یافته‌ها

پژوهش حاضر از نوع کارآزمایی بالینی بود که با هدف مقایسه‌ی اثربخشی سیتالوپرام با فراشناخت در مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی انجام شد. جهت بررسی پیش‌فرض‌ها، از آزمون Shapiro-wilk و جهت ارزیابی طبیعی بودن و برابری واریانس‌ها از آزمون Leven's استفاده شد که نتایج آن حاکی از عدم نیاز به استفاده از آزمون‌های ناپارامتریک بود ($P > 0/05$) و پیش‌فرض‌ها رعایت شده بود. همچنین، به دلیل عدم وجود رابطه‌ی معنی‌دار، متغیرهای جمعیت‌شناختی شامل جنس، تأهل و تحصیلات بین سه گروه و متغیرهای پیامد (افسردگی، فراشناخت و تنظیم شناختی هیجان) نیازی به کنترل آن‌ها در برازش مدل وجود نداشت.

نتایج مربوط به خصوصیات جمعیت‌شناختی در جدول ۱ و نتایج مربوط به مقایسه‌ی متغیرهای برون‌دادی اصلی، در دو مرحله‌ی پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۲ و نتایج تحلیل ANOVA در جدول ۳ آمده است.

در جدول ۱ مشاهده می‌شود که اگر چه بیشتر افراد گروه را زنان،

جدول ۲. میانگین \pm انحراف معیار و تفاوت آن در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در سه گروه سیتالوپرام، فراشناخت و شاهد

| گروه | مرحله | میانگین \pm انحراف معیار | |
|-----------------|--------------------|--|--|
| گروه سیتالوپرام | افسردگی | پیش‌آزمون: $45/58 \pm 12/72$ پس‌آزمون: $27/58 \pm 11/02$ تفاوت پیش و پس‌آزمون: $18/00 \pm 11/36$ | |
| | فراشناخت | پیش‌آزمون: $89/00 \pm 13/08$ پس‌آزمون: $74/50 \pm 15/01$ تفاوت پیش و پس‌آزمون: $14/50 \pm 7/56$ | |
| | | تنظیم شناختی هیجان | پیش‌آزمون: $91/25 \pm 34/53$ پس‌آزمون: $90/33 \pm 34/12$ تفاوت پیش و پس‌آزمون: $0/91 \pm 45/57$ |
| | گروه فراشناخت | افسردگی | پیش‌آزمون: $37/18 \pm 19/93$ پس‌آزمون: $13/00 \pm 12/21$ تفاوت پیش و پس‌آزمون: $24/18 \pm 20/07$ |
| | | فراشناخت | پیش‌آزمون: $82/37 \pm 13/13$ پس‌آزمون: $47/12 \pm 39/29$ تفاوت پیش و پس‌آزمون: $35/25 \pm 39/39$ |
| | | | تنظیم شناختی هیجان |
| گروه شاهد | | سلامت روان | پیش‌آزمون: $277/62 \pm 101/36$ پس‌آزمون: $125/00 \pm 177/01$ تفاوت پیش و پس‌آزمون: $152/62 \pm 276/27$ |
| | | افسردگی | پیش‌آزمون: $19/87 \pm 5/66$ پس‌آزمون: $18/37 \pm 13/59$ تفاوت پیش و پس‌آزمون: $1/50 \pm 12/24$ |
| | | | فراشناخت |
| | تنظیم شناختی هیجان | پیش‌آزمون: $107/62 \pm 7/42$ پس‌آزمون: $107/00 \pm 7/42$ تفاوت پیش و پس‌آزمون: $0/62 \pm 12/16$ | |

گروه شاهد نشان داده است (۲۲). بنابراین، به نظر می‌رسد دارودرمانی با تحت تأثیر قرار دادن فعالیت نورون‌های قسمت‌های مختلف مغز، در بهبود افسردگی اساسی مؤثر واقع می‌شود. یافته‌ی دیگر این مطالعه نشان می‌دهد که مداخله‌ی فراشناخت بر افسردگی اساسی بیماران مؤثر است. این یافته با یافته‌های مطالعه‌ی Perry و Chapman هماهنگ است که بر روی ۴ بیمار مبتلا به افسردگی صورت گرفت (۱۷)، نتایج Trial/multiple baseline حاکی از اثربخشی درمان فراشناختی بر افسردگی بوده است. همچنین، در مطالعه‌ی دیگری که بر روی بیماران مبتلا به افسردگی در دانمارک انجام گرفت، نتایج اثربخشی فراشناخت را

در مطالعه‌ی فراتحلیل اخیر که تأثیر سیتالوپرام بر افسردگی اساسی و مقایسه‌ی آن با دارونما (Placebo) را بر ۲۰۲۵ نفر مورد بررسی قرار داد، نتایج حاکی از اثربخشی سیتالوپرام بر افسردگی بود (۲۰). در مطالعاتی که میزان پاسخ‌دهی به دارودرمانی را در افسردگی مورد بررسی قرار دادند، به نقش ساختار و کارکرد کورتکس پیش‌پیشانی جانبی (Lateral prefrontal cortex)، کورتکس پیش‌پیشانی میانی (۲۰)، کورتکس زاویه‌ای قدامی (Ant cingulate cortex) و هیپوکامپوس (۲۱) در پیش‌بینی فرایند بهبود و درمان اشاره شده است. در بیماران افسرده‌ای که تحت درمان دارویی بودند، ۹ ماه بعد، افطه‌ی آن‌ها فعالیت بیشتری در زمینه‌ی پردازش‌های مثبت نسبت به افراد

جدول ۳. نتایج آزمون ANOVA برای مقایسه‌ی گروه‌ها از لحاظ مؤلفه‌های افسردگی، فراشناخت و تنظیم شناختی - هیجانی

| متغیر وابسته | مقدار P بین گروه‌های سیتالوپرام و فراشناخت |
|-----------------------|--|
| علائم افسردگی | مقدار P بین گروه‌های سیتالوپرام و شاهد = ۰/۰۷۰ |
| فراشناخت | مقدار P بین گروه‌های فراشناخت و شاهد = ۰/۰۰۷ |
| | مقدار P بین گروه‌های سیتالوپرام و شاهد < ۰/۰۵۰ |
| تنظیم شناختی - هیجانی | مقدار P بین گروه‌های فراشناخت و شاهد = ۰/۰۱۲ |
| | مقدار P بین گروه‌های سیتالوپرام و شاهد < ۰/۰۵۰ |
| | مقدار P بین گروه‌های فراشناخت و شاهد = ۰/۰۰۶ |

هیجان مورد بررسی قرار داده بود، نشان داد که هر دو درمان افسردگی را کاهش می‌دهند و درمان فراشناخت، اثربخشی بیشتری بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان دارد (۲۹). به نظر می‌رسد هم دارودرمانی و هم درمان فراشناخت، در درمان افسردگی اساسی مفید واقع شوند.

بر اساس نتایج به دست آمده در این پژوهش، می‌توان گفت که هم دارودرمانی با سیتالوپرام و هم مداخله‌ی فراشناخت باعث کاهش نشانه‌های افسردگی اساسی در بیماران مبتلا به این اختلال می‌شود و مداخله‌ی فراشناخت، تنظیم شناختی - هیجانی بیشتری را در این بیماران سبب می‌شود.

یکی از نکات این مطالعه، نقش دز دارو در میزان بهبودی می‌باشد که می‌تواند در تحقیقات بعدی مورد بررسی قرار گیرد. هر چند شواهد متعددی برای اثربخشی درمان فراشناخت بر افسردگی وجود دارد، اما جهت قطعیت اثربخشی آن، به مطالعات بیشتری نیاز است.

از محدودیت‌های این مطالعه، می‌توان به عدم پی‌گیری بیماران پس از تمام شدن دوره‌ی درمان از نظر تداوم بهبودی و همچنین، دزهای متفاوت داروی مورد مصرف در طی مطالعه نام برد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه‌ی دوره‌ی دستیاری روان‌پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با شماره‌ی ۳۹۴۲۲۵ می‌باشد. بدین وسیله، ضمن تشکر از حمایت‌های مالی این دانشگاه، از تمامی استادان گروه روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، مسئولین، همکاران و بیمارانی که نهایت همکاری و کمک را جهت به انجام رساندن این مطالعه داشته‌اند، سپاسگزاری می‌شود.

حتی در مرحله‌ی پی‌گیری نشان داد (۲۳). یافته‌های مطالعه‌ی دیگری که به بررسی شناخت‌درمانی و فراشناخت‌درمانی بر روی ۴۸ بیمار مبتلا به افسردگی در نیوزلند پرداخت، حاکی از اثربخشی درمان فراشناخت بر افسردگی بود (۲۴).

ارزیابی‌های انجام شده در زمینه‌ی عناصر کلیدی درمان فراشناخت افسردگی، بر سبک فکری مشهور به سندرم شناختی توجهی معطوف است. ویژگی اصلی سندرم شناختی توجهی، نشخوار فکری است (۲۵). همچنین، شواهد نشان می‌دهد که نشخوار فکری، نقش به‌سزایی در افسردگی دارد (۲۶). به نظر می‌رسد درمان فراشناختی با تمرکز بر فرایند تفکر، نشخوار فکر و تغییر ارتباط بیمار با افکار و احساس‌های ناکارآمد، سعی در بهبود افسردگی در بیماران دارد. این درمان، با تأکید بر نقش باورها در سبک پردازش، بر فرایندهای توجهی مانند سوگیری توجهی، کنترل شناخت و محدودیت‌هایی در پردازش تمرکز می‌کند و با کاهش نشخوارهای فکری و باورهای مثبت و منفی فراشناختی، به درمان افسردگی منجر می‌شود (۱۷). دیگر یافته‌های این مطالعه، اثربخشی درمان فراشناخت بر متغیرهای فراشناختی و تنظیم هیجانی را نشان می‌دهد. بر اساس مطالعات اخیر، تنظیم هیجانی نقش میانجی را در افسردگی ایفا می‌کند (۲۷).

همچنین، این یافته، هماهنگ با یافته‌های قبلی می‌باشد که نشان می‌دهد در پایان یک دوره‌ی درمان فراشناختی، بیماران مبتلا به افسردگی اساسی بیشتر از راهبردهای تنظیم هیجانی استفاده می‌کنند (۲۸). درمان فراشناختی، نگرانی و فاجعه‌سازی را به عنوان یک هدف کلیدی مورد بررسی قرار می‌دهد (۱۷).

همچنین، مطالعه‌ای که در ایران اثربخشی درمان فراشناخت و درمان فعال‌سازی رفتاری را بر افسردگی و راهبردهای تنظیم شناختی

References

- Kaviani H, Ahmadi Abhari AS, Nazari H, Hormozi K. Prevalence of depressive disorders in Tehran resident population (year 2000). Tehran Univ Med J 2002; 60(5): 393-9. [In Persian].
- Gotlib IH, Joormann J. Cognition and depression: current status and future directions. Annu Rev Clin Psychol 2010; 6: 285-312.
- Calkins SD. Commentary: Conceptual and methodological challenges to the study of emotion regulation and psychopathology. J Psychopathol

- Behav Assess 2010; 32(1): 92-5.
4. Nolen-Hoeksema S. Emotion regulation and psychopathology: The role of gender. *Annu Rev Clin Psychol* 2012; 8: 161-87.
 5. Wells A, Matthews G. Attention and emotion: A clinical perspective. Hove, UK: Lawrence Erlbaum; 1994.
 6. Wisco BE. Depressive cognition: Self-reference and depth of processing. *Clin Psychol Rev* 2009; 29(4): 382-92.
 7. Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR, Nierenberg AA, Stewart JW, Warden D, et al. Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR*D report. *Am J Psychiatry* 2006; 163(11): 1905-17.
 8. Brosen K, Naranjo CA. Review of pharmacokinetic and pharmacodynamic interaction studies with citalopram. *Eur Neuropsychopharmacol* 2001; 11(4): 275-83.
 9. Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression. New York, NY: Guilford Press; 2008.
 10. Fisher P, Wells A. Metacognitive therapy: Distinctive features. New York, NY: Routledge; 2009.
 11. Papageorgiou C, Wells A. Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. *Cogn Behav Pract* 2001; 8(2): 160-4.
 12. Papageorgiou C, Wells A. An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive Ther Res* 2003; 27(3): 261-73.
 13. Simmons KL, Smith JA, Bobb KA, Liles LL. Adjustment to colostomy: stoma acceptance, stoma care self-efficacy and interpersonal relationships. *J Adv Nurs* 2007; 60(6): 627-35.
 14. Dabson KS, Mohammad Khani P. Psychometric characteristics of Beck Depression Inventory-II in patients with major depressive disorder. *Journal of Rehabilitation* 2007; 8(2): 82-8.
 15. Dargahian R, Mohammadkhani S, Hasani J. The efficacy of metacognitive therapy on depression symptoms reduction, cognitive attentional syndrome components and maladaptive coping styles in patients with major depression. *Shefaye Khatam* 2014; 2(3): 45-52. [In Persian].
 16. Rabie M, Zerehpoush A, Palahang H, Zarie Mahmood Abadi H. Relationship between components of cognitive emotion regulation and anxiety disorders. *J Res Behave Sci* 2014; 11(5): 363-74. [In Persian].
 17. Chapman DP, Perry GS. Depression as a major component of public health for older adults. *Prev Chronic Dis* 2008; 5(1): A22.
 18. Gertsik L, Poland RE, Bresee C, Rapaport MH. Omega-3 fatty acid augmentation of citalopram treatment for patients with major depressive disorder. *J Clin Psychopharmacol* 2012; 32(1): 61-4.
 19. Apler A. Citalopram for major depressive disorder in adults: A systematic review and meta-analysis of published placebo-controlled trials. *BMJ Open* 2011; 1(2): e000106.
 20. Ritchey M, Dolcos F, Eddington KM, Strauman TJ, Cabeza R. Neural correlates of emotional processing in depression: changes with cognitive behavioral therapy and predictors of treatment response. *J Psychiatr Res* 2011; 45(5): 577-87.
 21. Fu CH, Steiner H, Costafreda SG. Predictive neural biomarkers of clinical response in depression: a meta-analysis of functional and structural neuroimaging studies of pharmacological and psychological therapies. *Neurobiol Dis* 2013; 52: 75-83.
 22. Johnson SL, Joormann J, Gotlib IH. Does processing of emotional stimuli predict symptomatic improvement and diagnostic recovery from major depression? *Emotion* 2007; 7(1): 201-6.
 23. Callesen P, Jensen AB, Wells A. Metacognitive therapy in recurrent depression: a case replication series in Denmark. *Scand J Psychol* 2014; 55(1): 60-4.
 24. Jordan J, Carter JD, McIntosh VV, Fernando K, Frampton CM, Porter RJ, et al. Metacognitive therapy versus cognitive behavioural therapy for depression: a randomized pilot study. *Aust N Z J Psychiatry* 2014; 48(10): 932-43.
 25. Watkins ER, Mullan E, Wingrove J, Rimes K, Steiner H, Bathurst N, et al. Rumination-focused cognitive-behavioural therapy for residual depression: phase II randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2011; 199(4): 317-22.
 26. Nolen-Hoeksema S, Stice E, Wade E, Bohon C. Reciprocal relations between rumination and bulimic, substance abuse, and depressive symptoms in female adolescents. *J Abnorm Psychol* 2007; 116(1): 198-207.
 27. Aldao A, Nolen-Hoeksema S. Specificity of cognitive emotion regulation strategies: a transdiagnostic examination. *Behav Res Ther* 2010; 48(10): 974-83.
 28. Reynolds M, Wells A. The Thought Control Questionnaire--psychometric properties in a clinical sample, and relationships with PTSD and depression. *Psychol Med* 1999; 29(5): 1089-99.
 29. Zemestani M, Davoudi I, Mehrabizadeh Honarmand M, Zargar Y. effectiveness of group behavioral activation on depression, anxiety and rumination in patients with depression and anxiety. *Journal of Clinical Psychology* 2014; 5(4): 73-84. [In Persian].

Comparison of Citalopram and Metacognitive Therapy on Depression in Patients with Major Depressive Disorder

Gholam Reza Kheirabadi¹, Zahra Yousefian², Nezamaddin Ghasemi³,
Majid Zamani⁴, Mohammad Reza Maracy⁵

Original Article

Abstract

Background: Major depressive disorder (MDD) is a prevalent and devastating psychiatric disorder worldwide that needs multidimensional interventions. Metacognitive treatment is a new psychotherapeutic approach of some psychiatric disorders. This study was conducted to comparatively evaluate the impact of citalopram and metacognitive interventions on major depressive disorder.

Methods: This was a clinical trial study with a pretest/posttest design. After selection of objects, the eligible patients were randomly assigned into three groups of citalopram (n = 12), metacognitive intervention (n = 16), and waiting list (n = 8). One experimental group received ten 1-hour sessions of metacognitive therapy; 10-40 mg citalopram was administered to other group; and third group did not receive any interventions and placed on waiting list. Outcome measures were done using Beck Depression Inventory (BDI), Metacognitions Questionnaire-30 (MCQ30), and Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) before and after interventions. Data analysis was performed using ANOVA and post hoc tests.

Findings: There was significant difference between the groups in terms of symptom of depression, metacognition, and emotion regulation before and after intervention. In term of metacognition, only metacognitive therapy was useful (P = 0.010). Symptom of depression were improved significantly with metacognitive therapy (P = 0.007); but in pharmacotherapy, despite clinical improvement, there was not any statistically significant improvement (P = 0.070). In addition, emotion regulation was improved with metacognitive therapy (P = 0.020).

Conclusion: Metacognitive therapy could be used in major depressive disorder. In addition, this intervention could lead to higher level of cognitive emotion regulation.

Keywords: Citalopram, Metacognition, Emotion, Major depressive disorder

Citation: Kheirabadi GR, Yousefian Z, Ghasemi N, Maracy MR, Zamani M. **Comparison of Citalopram and Metacognitive Therapy on Depression in Patients with Major Depressive Disorder.** J Isfahan Med Sch 2017; 35(447): 1242-8.

1- Associate Professor, Behavioral Sciences Research Center AND Department of Psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Resident, Behavioral Sciences Research Center AND Department of Psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- Assistant Professor, Department of Psychology, School of Literature and Humanities, Salman Farsi University of Kazerun, Kazerun, Iran

4- Assistant Professor, Department of Emergency Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

5- Professor, Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Public Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Zahra Yousefian, Email: zyousefian26@yahoo.com