

اثر گروه‌درمانی شناختی- رفتاری بر افسردگی بیماران صرعی مقاوم به دارو (با تأکید بر نگرش‌های ناکارآمد ویژه صرع)

مریم صالح زاده*

دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان

مهرداد کلانتری

دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان

حسین مولوی

استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان

محمدرضا نجفی

دانشیار گروه مغز و اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

امراه ابراهیمی

استادیار گروه روان‌پزشکی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری،

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

هدف: افسردگی شایع‌ترین اختلال روانی همراه صرع است و بیشترین واریانس در نمرات کیفیت زندگی بیماران صرعی را تعیین می‌کند. کارآمدترین شیوه روان‌درمانی موجود در درمان افسردگی، رفتاردرمانی - شناختی است. هدف پژوهش حاضر، بررسی اثر رفتار درمانی شناختی بر افسردگی بیماران صرعی مقاوم به داروست که با تأکید بر نگرش‌های ناکارآمد ویژه صرع، در شهر اصفهان اجرا شد. **روش:** در این پژوهش، ۲۰ بیمار مبتلا به تشنجات مزمن، پاسخ ضعیف به دارو و دارای افسردگی بالینی خفیف تا متوسط، به صورت تصادفی، در دو گروه آزمایش (۱۰ نفر) و شاهد (۱۰ نفر) قرار داده شدند. برای گروه آزمایش، هشت جلسه هفتگی رفتاردرمانی شناختی با تأکید بر بازسازی شناختی و اصلاح تحریفات شناختی افسرده‌ساز و آموزش فنون رفتاری به کار گرفته شد. ابزارهای پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای هر دو گروه، *مقیاس افسردگی همیلتون* بود. **یافته‌ها:** تحلیل‌ها نشان دادند که میانگین نمرات افسردگی در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون، کاهش معناداری داشته است. **نتیجه‌گیری:** رفتاردرمانی شناختی با تمرکز بر نگرش‌های ناکارآمد ویژه بیماری صرع، در کاهش افسردگی همراه این بیماری، به عنوان یک درمان مکمل، کارآیی چشمگیری دارد.

* نشانی تماس: اصفهان، دانشگاه اصفهان، گروه روان‌شناسی

Email: msalehzadeh4@gmail.com

کلیدواژه‌ها: افسردگی، روان‌درمانی، درمان شناختی- رفتاری، صرع

Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy on Depression in Intractable Epileptic Patients

(with Focusing on Dysfunctional Attitudes in Epilepsy)

Objective: Depression is the most prevalent co-morbid disorder in epilepsy and determines the highest variance in quality of life scores of patients with epilepsy. Cognitive-behavior therapy (CBT) is the most effective psychotherapy method for treatment of depression. The purpose of this project was to determine the efficacy of cognitive behavioral therapy on the depression of intractable epileptic patients in Isfahan; while focusing on dysfunctional attitudes related to epilepsy. **Method:** 20 patients with chronic, poorly controlled seizures and mild to moderate clinical depression were randomly assigned to one experimental (N=10) and one control (N=10) group. Eight weekly sessions of CBT with focus on cognitive restructuring, modification of cognitive distortions and training of behavioral techniques was administered to the experimental group. Hamilton scale for depression (HRSD) was used as the pre-test and post-test for both two groups. **Results:** Data analysis showed a significant post-test decrease in depression scores in the experimental group. **Conclusion:** Cognitive-behavior therapy (CBT) with focus on dysfunctional attitudes related to epilepsy, is remarkably effective as a complementary therapy in reduction of co-morbid depression in epileptic patients.

Maryam Salehzadeh

Student of Ph.D In Psychology,
Isfahan University

Mehrdad Kalantari

Associate Professor, Isfahan
University

Hossein Molavi

Professor, Isfahan University

Mohammad Reza Najafi

Associate Professor, Medical
University of Isfahan

Amrollah Ebrahimi

Assistance Professor, Behavioural
Sciences Research Center, Medical
University of Isfahan

Keywords: Depression, Psychotherapy, Cognitive-Behavior therapy, epilepsy

مقدمه

درمان آن نمی‌شود (اسوینکلز^{۲۶}، وان اماد باس^{۲۷}، کیک^{۲۸}، وان دیک^{۲۹} و اسپین هاون^{۳۰}، ۲۰۰۶).

یکی از مدل‌های رایج در تبیین افسردگی، مثلاً افسردگی همراه با صرع، مدل شناختی است. مدل شناختی افسردگی بر این فرض استوار است که فقدان اولیه^{۳۱}، با شکل‌دهی به ساختارهای شناختی پایدار، شخص را در مقابل افسردگی آسیب‌پذیر می‌سازد. حوادثی که باورهای مرکزی و پیش‌فرض‌های زیربنایی متضاد را بر می‌انگیزند، ماشه افسردگی را می‌چکانند (بک^{۳۲}، ۱۹۶۷). 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 به وسیله تجارب منفی مربوط به ابتلا به صرع تقویت می‌شود و به سطوح بالای افسردگی و اضطراب مزمن می‌انجامد (تدمن^{۳۳}، تورنتون^{۳۴} و بیکر^{۳۵}، ۱۹۹۵).

ادراک خود منفی نیز به عنوان بخشی دیگر از مدل آسیب‌پذیری افسردگی مطرح است. براساس یک مدل آسیب‌پذیری شناختی در تبیین افسردگی در صرع، صرع نحوه ادراک بیماران از خود و تصور آنها را از میزان کارایی‌شان عمیقاً تحت تأثیر قرار می‌دهد. به گفته بندورا، ادراک توانایی‌ای است که رفتار را تعیین می‌کند، نه واقعیت شرایط را (تدمن و همکاران، ۱۹۹۵) و مبتلایان به صرع، به دلیل داشتن ادراک منفی از خود، تمایل زیادی دارند که شکست‌های ناشی از مبتلا بودن

افسردگی شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی است که بر اساس برآورد سازمان جهانی بهداشت، تا سال ۲۰۲۰، پس از بیماری‌های قلبی و عروقی، دومین بیماری تهدیدکننده سلامت و حیات انسان در سراسر جهان خواهد بود (ماری^۱ و لوپز^۲، ۱۹۹۸؛ به نقل از ابراهیمی، ۱۳۸۶). مبتلایان به اختلالات پزشکی مزمن، به طور چشمگیری بیش از سایر افراد در معرض خطر ابتلا به این بیماری هستند؛ به طوری که برخی از مطالعات، میزان شیوع ۲۳-۱۵ درصد را برای آن گزارش کرده‌اند (لی^۳، ۲۰۰۷).

میزان شیوع افسردگی عمده در جمعیت عادی را تا ۲۵ درصد نیز تخمین زده‌اند (سادوک^۴ و سادوک^۴، ۲۰۰۳) در حالی که این رقم در مبتلایان به صرع چهار تا پنج برابر میزان متوسط آن در جامعه است (جونز^۵ و همکاران، ۲۰۰۵). صرع همراه با افسردگی، تأثیرات عمیقی بر جای می‌گذارد و به افت عملکرد روزانه و تنزل کیفیت زندگی بیمار (جانسون^۶، جونز، سیدنبرگ^۷ و هرمان^۸، ۲۰۰۴)، کاهش پیشرفت تحصیلی در کودکان و نوجوانان مبتلا (توسون^۹ و همکاران، ۲۰۰۸)، کاهش میزان ازدواج و افزایش نرخ بیکاری و تشنج (تامسون^{۱۰}، میلر^{۱۱}، کاتنا^{۱۲}، چایتر^{۱۳} و سیچاناسکیا^{۱۴}، ۲۰۰۹)، مرگ و میر بالا (ولسین^{۱۵}، وایلانت^{۱۶} و ولز^{۱۷}، ۱۹۹۹) و افزایش نیاز به درمان‌های پزشکی (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۳؛ به نقل از لی، ۲۰۰۷) منجر می‌شود. میزان خودکشی نیز در بیماران صرعی، چهار تا پنج برابر جمعیت عادی است (لامبرت^{۱۸} و روبرتسون^{۱۹}، ۱۹۹۹؛ ماینیو^{۲۰} و همکاران، ۲۰۰۷). استرس‌های روانی- اجتماعی، به ویژه افسردگی، از عوامل افزایش‌دهنده خطر خودکشی در این بیماران است. (لامبرت و روبرتسون، ۱۹۹۹). بنابر نتایج پژوهش‌ها، نشانه‌های افسردگی در بیماران مبتلا به صرع، با افکار خودکشی ارتباط قوی دارد (استفانلو^{۲۱}، مارین-لئن^{۲۲}، فرناندز^{۲۳}، مین^{۲۴} و بتگلا^{۲۵}، ۲۰۱۰). با این همه افسردگی به عنوان شایع‌ترین اختلال روانی همراه با صرع، غالباً مورد غفلت قرار می‌گیرد و تلاشی برای

- | | |
|--------------------|-------------------|
| 1- Marray | 2- Lopez |
| 3- Lee | 4- Sadock |
| 5- Jones | 6- Johnson |
| 7- Seidenberg | 8- Hermann |
| 9- Tosun | 10- Thompson |
| 11- Miller | 12- Katona |
| 13- Chaytor | 14- Ciechanowskia |
| 15- Wulsin | 16- Vailant |
| 17- Wells | 18- Lambert |
| 19- Robertson | 20- Mainio |
| 21- Stefanello | 22- Marin-Leon |
| 23- Fernandes | 24- Min |
| 25- Botega | 26- Swinkels |
| 27- van Emade Boas | 28- Kuyk |
| 29- van Dyck | 30- Spinhoven |
| 31- early loss | 32- Beck |
| 33- Tedman | 34- Thernton |
| 35- Baker | |

به یک بیماری عصب‌شناختی^۱ را به ناکارآمدی خود نسبت دهند. دهند. آنها با انتقال این حس ناکارآمدی و درماندگی به سایر تجارب‌شان، عملاً بسیاری از فرصت‌ها را برای داشتن عملکرد مؤثر از خود می‌گیرند (لی، ۲۰۰۷).

در مدل شناختی افسردگی، محرک خلق افسرده، رویدادهای منفی و پراسترس زندگی است. رویدادهای پراسترس، بخش عمده زندگی بیماران مبتلا به صرع را تشکیل می‌دهند. ابتلا به صرع، درمان آن و درگیر بودن همیشگی با یک اختلال عصب‌شناختی مزمن، 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، ترس از دست دادن کنترل و برچسب‌های اجتماعی نادرست^۲ محدودیت‌های اجتماعی وسیعی برای مبتلایان ایجاد می‌کند. ماهیت غیرقابل پیش‌بینی حملات، مبتلایان به صرع را اکثراً با موقعیت‌های پراسترس و ناکام‌کننده‌ای مثل مشکلات مربوط به کار و استخدام و روابط بین‌فردی ضعیف مواجه می‌کند (دوینسکی^۳، ۲۰۰۱).

درمان دارویی افسردگی در صرع پیچیده است زیرا همواره این نگرانی وجود دارد که بعضی از انواع داروهای ضدافسردگی ممکن است فراوانی حملات را تحت تاثیر قرار داده دهند (اشمیتز^۴، ۲۰۰۲). مطالعات نشان داده‌اند که درمان شناختی- رفتاری، دست‌کم به اندازه درمان دارویی بر درمان علائم افسردگی تأثیر دارد (هاوتون، کرک، سالکوس کیس و کلارک، ۲۰۰۲؛ ترجمه قاسم زاده، ۱۳۸۳). تحقیقات مربوط به صرع، غالباً بر شیوع اختلالات روان‌پزشکی این بیماران (پلوک^۵، ۲۰۰۴؛ منساه^۶، بیویس^۷، تاپار^۸ و کر^۹، ۲۰۰۴؛ کانر^{۱۰}، ۲۰۰۹)، تأثیر هم‌آیندی افسردگی با صرع بر کیفیت زندگی بیماران (کرامر^{۱۱}، بلوم^{۱۲}، رید^{۱۳} و فانیگ^{۱۴}، ۲۰۰۳؛ پراموکا^{۱۵}، هندریکسون^{۱۶}، زینسکی^{۱۷} و وان کوت^{۱۸}، ۲۰۰۷؛ بویلون^{۱۹} و همکاران، ۲۰۰۴)، تأثیر ویژگی‌های بالینی حملات، پی‌آمدهای جراحی یا تأثیر درمان دارویی بر کیفیت زندگی این بیماران متمرکزند (جانسون و

همکاران، ۲۰۰۴) و فقط پژوهش‌های معدودی به کارگیری فنون روان‌شناختی در این بیماران را مورد بررسی قرار داده‌اند. در واقع بیشترین وجه بیماری صرع که مورد غفلت واقع شده، مشکلات اجتماعی، روان‌شناختی و رفتاری افراد مبتلاست که می‌تواند بیشتر از خود تشنجات ناتوان‌ساز باشد.

درباره مشکلات روان‌پزشکی، روانی- اجتماعی و رفتاری این بیماران بسیار مطالعه شده، اما پژوهش‌های ارزیابی‌کننده مداخلات روانی- اجتماعی خاص این بیماران نادر است. برخی مداخلات بر بهبود مدیریت خود و افزایش دانش بیمار از بیماری صرع تمرکز دارند (میتان^{۲۰}، ۲۰۰۹؛ شور^{۲۱}، پرکینز^{۲۲} و استین^{۲۳}، ۲۰۰۸؛ ولرا^{۲۴} و همکاران، ۲۰۰۷). مارتینوویک^{۲۵}، سیمونویک^{۲۶} و جکیک^{۲۷} (۲۰۰۶) در پژوهشی نشان داد که رفتار درمانی شناختی بر کاهش علائم اضطراب و افسردگی بیماران تأثیر معناداری دارد. گلدشتاین^{۲۸}، مک‌آلپین^{۲۹}، دیل^{۳۰}، تون^{۳۱} و میلرز^{۳۲} (۲۰۰۳)، پس از کاربرد رفتاردرمانی شناختی برای شش فرد بزرگسال مبتلا به حملات صرعی مزمن و همراه با مشکلات روان‌پزشکی، مشاهده کردند که درمان، نمرات افسردگی بیماران را به طور معناداری کاهش داده است. مارتینوویک و همکاران (۲۰۰۶) برای کاهش نشانه‌های زیرآستانه‌ای افسردگی در نوجوانان مبتلا به صرع، درمان شناختی- رفتاری پیش‌گیرانه را با مشاوره معمولی مقایسه کرد و نتیجه گرفت، اثر درمان شناختی- رفتاری بیش از مشاوره معمولی است.

1- neurological	2- stigma
3- Devinsky	4- Schmitz
5- Pellock	6- Mensaha
7- Beavis	8- Thapar
9- Kerr	10- Kanner
11- Cramer	12- Blum
13- Reed	14- Fanning
15- Pramuka	16- Hendrickson
17- Zinski	18- van Cott
19- Boylan	20- Mittan
21- Shore	22- Perkins
23- Austin	24- Wohlrab
25- Martinovec	26- Simonovic
27- Djokic	28- Goldstein
29- McAlpin	30- Deale
31- Toone	32- Mellers

تعاملات اجتماعی و... استخراج کرد. بیماران ارجاعی، در این مرحله، پرسشنامه افسردگی بک و ویژه بیماران جسمانی (BDI-PC) را نیز تکمیل کردند. از میان بیمارانی که براساس پرسشنامه فوق، علایم افسردگی (خفیف تا متوسط) همراه با سایر معیارهای ورود به مطالعه را دارا بودند، ۲۴ بیمار به طور تصادفی انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و شاهد (هر گروه شامل ۱۲ بیمار) قرار داده شدند. به دلیل ریزش دو نفر در گروه آزمایش، داده‌های مربوط به دو بیمار گروه شاهد نیز به تصادف از تحلیل نهایی حذف شد.

مرحله دوم، کارآزمایی بالینی بود که در این مرحله، نگرش‌های ناکارآمد و باورهای ناسازگارانه، آماج مداخلات قرار گرفت (جدول ۱)، مجموعه نگرش‌های ناکارآمد مربوط به بیماری صرع را نشان می‌دهد). کارآزمایی بالینی طی هشت جلسه انجام شد که شیوه اجرای آن در ادامه آمده است.

معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: جنس زن، دامنه سنی ۲۰ تا ۴۰، سطح تحصیلات سیکل به بالا، داشتن سابقه یک سال حملات صرعی، ابتلا به حملات صرع مقاوم به دارو و ابتلا به افسردگی خفیف تا متوسط بر اساس نمرات پرسشنامه BDI-PC. ملاک ابتلا به صرع مقاوم به دارو، به این دلیل وارد شد که ماهیت کنترل‌ناپذیر بودن حملات صرعی، نقش بسیار مهمی در افسردگی این بیماران دارد و برای تعدیل تأثیر این عامل بر میزان افسردگی، از بیماران مبتلا به حملات مقاوم به دارو استفاده شد. بیماران مبتلا به اختلالات روان‌پریشی یا دچار عقب‌ماندگی ذهنی و بیماران مبتلا به اختلالات عصب‌شناختی جدی (مانند بیماری‌های نورودژنراتیو، استروک، تومورهای مغزی) نیز از مطالعه حذف شدند. ذکر این نکته لازم است که بیماران هر دو گروه آزمایش و شاهد، برای کنترل تشنجات خود دارو مصرف می‌کردند و به تأیید پزشک معرف، هیچ نوع داروی ضدافسردگی نمی‌خوردند.

مرور پیشینه پژوهشی معدود در این زمینه، حاکی از وجود برخی پژوهش‌ها با نتایج متناقض است. مثلاً، تن^۱ و برونی^۲ (۱۹۸۶) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که رفتاردرمانی شناختی بر کاهش فراوانی حملات بیماران تأثیر معناداری داشته، اما نشانه‌های خلقی آنها را کم نکرده است که شاید علت آن تأکید بیشتر طرح درمانی‌شان بر کاهش فراوانی حملات (مثلاً، شناسایی محرک‌های تشنج، آرمیدگی^۳ و...) و عدم طراحی طرح شناخت درمانی ویژه بیماران صرعی باشد.

پژوهش حاضر طی دو مرحله و به منظور بررسی اثر گروه‌درمانی شناختی- رفتاری بر کاهش افسردگی بیماران مبتلا به صرع انجام شد تا مشخص شود که آیا افسردگی همراه با صرع در جامعه بیماران ایرانی به آن اندازه با عوامل شناختی روانی- اجتماعی (به عنوان یکی از عوامل مرتبط با افسردگی همراه با صرع) مرتبط هست که کاربست روان درمانی در این زمینه را توجیه کند. به همین دلیل و به منظور غنی‌سازی هر چه بیشتر پروتکل درمانی، پژوهشگران طی مرحله اول مطالعه (که به صورت کیفی انجام شد)، نگرش‌های ناکارآمد مرتبط با بیماری صرع را شناسایی و در مرحله دوم، مداخله را اعمال کردند. پژوهش حاضر از منظر به کارگیری فهرست «نگرش‌های ناکارآمد ویژه بیماری صرعی» نو و بدیع است.

روش

جامعه آماری پژوهش حاضر را، کلیه بیماران مبتلا به صرع مقاوم به دارو تشکیل می‌دادند که در شهر اصفهان ساکن و در بهار ۱۳۸۷ به مراکز درمانی این شهر مراجعه کرده بودند. روش نمونه‌گیری، تصادفی و چندمرکزی بود؛ به این صورت که بیماران معرفی شده، به وسیله شش متخصص مغز و اعصاب با زمینه مطالعاتی عمدتاً صرع، در مطالعه شرکت کردند. مطالعه طی دو مرحله و به صورت هم‌سوسازی^۴ انجام شد.

مرحله اول مطالعه، کیفی بود و در قالب یک مطالعه پدیدارشناختی، با روش مصاحبه باز، نگرش‌های ناکارآمد ۶۰ بیمار مبتلا به صرع را نسبت به خود، بیماری صرع، دیگران،

1- Tan
3- relaxation

2- Bruni
4- triangulation

ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات

۱- پرسشنامه جمعیت‌شناختی: شامل ویژگی‌های جمعیت

شناختی، مانند سن، جنسیت، میزان تحصیلات و وضعیت تأهل

۲- پرسشنامه افسردگی بک ویژه بیماران جسمانی:

شکل کوتاه پرسشنامه افسردگی بک خاص مراقبت‌های ویژه است که در این مطالعه برای غربال اولیه بیماران به کار برده شد. باقریان، گیلانی، بهرامی و ثنایی (۲۰۰۷) در بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه، پایایی ثبات درونی^۱ (آلفای کرونباخ^۲) را ۰/۸۸ به دست آوردند. حساسیت و ویژگی این آزمون در مطالعه حاضر به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۹۷ گزارش شده است.

۳- مقیاس افسردگی همیتون (HRSD): این مقیاس در

جلسه اول به عنوان پیش‌آزمون و در جلسه هشتم به عنوان پس‌آزمون و یک ماه و نیم پس از پایان درمان، برای پی‌گیری اثر درمان، به وسیله دو کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی (ارزیابان غیردرمانگر) تکمیل شد. از این مقیاس که یک شاخص نمره‌گذاری توسط بالینگر^۳ است، به عنوان ابزاری برای اندازه‌گیری وجود افسردگی و تعیین شدت علائم آن استفاده می‌شود. راموس-بریوا^۴ (۱۹۸۸)، ضریب روایی همزمان مقیاس را ۰/۸۲ و روایی محتوایی آن را از طریق فراوانی پاسخ ارزیابان ۰/۶۲، پایایی بین ارزیابان را ۰/۹۹، پایایی از طریق دونیمه‌سازی را ۰/۸۹ و آلفای آن را ۰/۷۲ به دست آوردند. نمره‌برش ۱۲ بهترین وضعیت برای غربال افسردگی است (بالستروز و همکاران، ۲۰۰۷؛ به نقل از ابراهیمی، ۱۳۸۶).

روش انجام کار

پژوهش حاضر یکی از طرح‌های شبه‌تجربی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه شاهد است. ۱۲ بیمار گروه آزمایش، ضمن امضای رضایت‌نامه کتبی، در یکی از کلاس‌های درس بیمارستان آیت‌الله کاشانی شهر اصفهان، طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، تحت گروه‌درمانی شناختی- رفتاری قرار گرفتند. برای تهیه پروتکل درمانی، علاوه بر محتوای

اختصاصی که در قالب مطالعه کیفی تدوین شد (نگرش‌های ناکارآمد ویژه صرع)، از اصول درمان شناختی- رفتاری هاوتون و همکاران، ترجمه قاسم‌زاده و همکاران (۱۳۸۳)، مدل شناختی جودیت بک، ترجمه دوراهکی و عابدی (۱۳۸۰)، مدل گروه‌درمانی شناختی- رفتاری مایکل فری، ترجمه صاحبی و همکاران (۱۳۸۲) نیز استفاده شد. فنون رفتاری، مانند آموزش آرمیدگی، حل مسئله، ابراز وجود و سبک ارتباطی مناسب و برنامه‌ریزی فعالیت در جلسات گنجانده شد. خلاصه چهارچوب جلسات درمانی به شرح زیر است:

جلسات اول تا سوم: معارفه و اتحاد درمانی؛ آشنایی کلی با صرع و علائم افسردگی؛ معرفی و تعریف و تشریح افکار خودآیند و تأثیر آن بر خلق و احساس؛ آموزش فرمول‌بندی شناختی (ارتباط بین فکر، هیجان و رفتار)؛ آشنایی با نگرش‌های ناکارآمد و افکار خودآیند منفی (به‌ویژه با استفاده از فهرست بررسی نگرش‌های خود بیماران)؛ آموزش مهارت‌های ارتباطی و ابراز وجود مثبت به عنوان بهترین سبک ارتباطی، همراه با تمرین رفتار و ایفای نقش؛ تکمیل مقیاس افسردگی همیتون به وسیله ارزیابان.

جلسات چهارم تا ششم: آموزش راهبردهای شناسایی افکار؛ روش‌های ارزیابی و اصلاح افکار ناکارآمد با استفاده از فنون موجود، مثل پرسشگری سقراطی و فلش رو به پایین؛ آشنایی با مدل درماندگی آموخته‌شده؛ سبک‌های اسنادی و مرکز کنترل؛ آموزش اصول برنامه‌ریزی فعالیت و تنظیم وقت و تشویق به از سرگیری فعالیت‌های عقب‌افتاده؛ آموزش فنون آرمیدگی و اجرای گروهی آن.

جلسات هفتم و هشتم: آموزش مهارت حل مسئله و کاربردهای آن در زندگی روزمره؛ جمع‌بندی کلی نکات ارائه شده، در جلسات درمان؛ تبیین احتمال بازگشت علائم پس از طی دوره درمان و واکنش صحیح به آن؛ تکمیل مقیاس افسردگی همیتون به وسیله ارزیابان (به عنوان پس‌آزمون).

1- internal consistency
3- clinician-scored measure

2- Cronbach's alpha
4- Romos-Brieva

جدول ۱- بخشی از خطاهای شناختی رایج بیماران مبتلا به صرع

گفتار منفی و سازگاری	۱- انکار و عدم پذیرش بیماری
ضعیف با بیماری	۲- حساسیت بیش از حد، نسبت به نگرش اجتماع و برجسب‌های احتمالی
	- باید موضوع بیماری را همیشه به عنوان راز نگه دارم تا اعتماد به نفس من حفظ شود.
	- دیگران با دیدن من در حین تشنج، مرا دیوانه خواهند دانست.
	- به خاطر ناتوانی‌های ناشی از بیماری، حتماً اطرافیان مرا بی‌مصرف و بی‌ارزش می‌دانند و...
	- وقتی محدودیت‌هایم را می‌بینم، احساس می‌کنم مثل فردی که هیچ تحصیلاتی ندارد بی‌مصرف هستم.
	۳- مقایسه دائمی وضعیت فعلی با وضعیتی که فرد در صورت بیمار نبودن می‌توانست داشته باشد:
	- تمام شکست‌ها و کمبودهای زندگی من نتیجه بیماری‌ام است.
	- همیشه احساس می‌کنم در حق من بی‌عدالتی شده است.
	- هیچ نقطه مثبتی در زندگی من پیدا نمی‌شود.
	- شادی و رضایت تنها با سلامتی کامل به دست می‌آید و بیماری صرع این واقعیت را در زندگی من از بین برده است.
	- این بیماری تمام زندگی مرا ذره‌ذره از بین خواهد برد و داروها حتماً روزی مرا دیوانه می‌کنند.
	- صرع علت نرسیدن من به اهداف زندگی‌ام است.
	- در صورت بیمار نبودن، پیشرفت‌های تحصیلی و مادی خیلی زیادی می‌توانستم داشته باشم و...

منبع: زمینه‌یابی پدیدارشناختی (کیفی) بیماران صرعی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر اصفهان

جدول ۲- نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی و سطح تحصیلات، بر افسردگی دو گروه آزمایش و شاهد در مرحله پس‌آزمون

متغیر	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	p.value	میزان تأثیر	توان آماری
پیش‌آزمون	۱	۱۲/۹۷	۲/۷	۰/۱۲	۰/۱۴	۰/۳۴
سطح تحصیلات	۱	۰/۱۲۸	۰/۰۲۷	۰/۸۷	۰/۰۰۲	۰/۰۵۳
عضویت گروهی	۱	۷۴/۲۲	۱۵/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۵۰	۰/۹۵

جدول ۳- نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی و سطح تحصیلات، بر افسردگی دو گروه آزمایش و شاهد در مرحله پی‌گیری

متغیر	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	p.value	میزان تأثیر	توان آماری
پیش‌آزمون	۱	۳/۵۶	۰/۹۸	۰/۳۳	۰/۰۵۸	۰/۱۵۴
سطح تحصیلات	۱	۰/۰۴۲	۰/۰۱۱	۰/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۰۵۱
عضویت گروهی	۱	۴۵/۲۶	۱۲/۵۰	۰/۰۰۳	۰/۴۲	۰/۹۱

دلیل محدود بودن فضا و امکانات فقط چهار جلسه برای این گروه تشکیل شد. پس از پایان مرحله ارزیابی، بروشورها و خلاصه آموزش مباحث و فنون که طی جلسات درمانی به گروه آزمایش ارائه شده بود، در جلسه پی‌گیری به گروه شاهد نیز داده شد. به منظور ارزیابی میزان پایداری تأثیرات درمانی، یک‌ماه‌ونیم

بررسی تکالیف خانگی و رفع ابهامات مربوط به درمان، در دستور کار هر جلسه قرار داشت. برای رعایت اصل دوسوگور^۱ بودن درمان، در تکمیل مقیاس افسردگی همیتون از دو کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی (ارزیابان غیردرمانگر) استفاده شد. به منظور رعایت جنبه اخلاقی و مخصوصاً کنترل اثر دارونمایی درمان، بیماران گروه شاهد نیز در جلسات گروهی مشاوره معمولی (بدون کاربرد تکنیک) شرکت کردند؛ اگرچه به

1- double blind

بعد از اتمام جلسات درمانی، مقیاس افسردگی همیلتون، برای هر دو گروه آزمایش و شاهد تکمیل شد.

با توجه به طرح تحقیق تجربی همراه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون، برای تحلیل داده‌ها آزمون تحلیل کوواریانس به کار رفت.

خوب تأثیرات درمان طی یک ماه ونیم پس از اتمام درمان است (میزان تأثیر ۰/۴۲). معناداری ۰/۰۰۳ و توان آماری ۰/۹۱ دقت زیاد آزمون را نشان می‌دهد.

نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر گروه‌درمانی شناختی- رفتاری بر کاهش افسردگی بیماران مبتلا به صرع مقاوم به داروست. نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که گروه‌درمانی شناختی- رفتاری، میانگین نمرات افسردگی بیماران مبتلا به صرع را به طور معناداری کاهش داده است. این یافته با نتایج پژوهش گلدشتاین و همکاران (۲۰۰۳)، دیویس^۲، آرمسترونک^۳، دنوان^۴ و تمکین^۵ (۱۹۸۴) و مارتینوویک و همکاران (۲۰۰۶) همسوست.

اثر مداخله بر بهبود خلق افسرده بیماران را از دو جنبه شناختی و رفتاری می‌توان تبیین کرد. همان‌گونه که در مدل آسیب‌پذیری شناختی برای افسردگی در صرع اشاره شد، بیماران مبتلا به صرع به دلیل مواجهه مکرر با یک رویداد غیرقابل‌پیش‌بینی و کنترل‌ناپذیر (تشنجات)، کم‌کم به سوی درماندگی و انفعال کشیده می‌شوند و اغلب ترس از هجوم حمله در محیط‌های اجتماعی و نگرانی از سوءبرداشت‌های دیگران، بیمار را از بسیاری از تجارب مثبت باز می‌دارد. انزوا و انفعال نیز ادراک خود بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ مجموع این عوامل سبب می‌شود که بیمار احساس ناکارآمدی و درماندگی را به تمام تجارب خود منتقل کرده و عملاً بسیاری از فرصت‌های عملکرد مؤثر را از دست بدهد.

مداخله، از بعد شناختی، اصلاح افکار منفی خودکار و باورهای زیربنایی بیماران را آماج قرار داد. از جنبه رفتاری نیز استفاده از فن برنامه‌ریزی فعالیت‌ها بسیار کمک‌کننده بود. شاید مؤلفه دیگر اثربخشی مداخله، به افزایش فعالیت‌های منظم مربوط باشد. از آنجا که بیماران افسرده به کوچک‌ترین شکستی

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سنی گروه آزمایش ۲۵/۵±۲۴ و گروه شاهد ۲۳/۴±۲۶ بود. سطح تحصیلی بیماران در هر دو گروه در دامنه سیکل تا لیسانس قرار داشت. تعداد بیماران مجرد و متأهل گروه آزمایش به ترتیب شش و چهار، و تعداد افراد متأهل و مجرد گروه شاهد برابر بود. تعداد افراد شاغل در گروه آزمایش دو و در گروه شاهد سه نفر بودند. از میان متغیرهای جمعیت‌شناختی مورد مطالعه، متغیر سطح تحصیلات با نمرات افسردگی همبستگی نشان داد، بنابراین تأثیر این متغیر و تأثیر نمرات پیش‌آزمون بر نمرات پس‌آزمون افسردگی کنترل شد. پیش‌فرض طبیعی بودن توزیع نمرات افسردگی با استفاده از آزمون شاپیرو- ویلک بررسی و سطح معناداری در گروه آزمایش ۰/۶۴ و در گروه شاهد ۰/۰۹ به دست آمد؛ بنابراین این پیش‌فرض نیز در هر دو گروه تأیید شد. پیش‌فرض دیگر تحلیل کوواریانس، تساوی واریانس‌های دو گروه بود که با آزمون لوین بررسی و با سطح معناداری ۰/۳۴ تأیید شد.

جدول ۲، نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر گروه‌درمانی شناختی- رفتاری را بر کاهش افسردگی بیماران در مرحله پس‌آزمون نشان می‌دهد. نتایج نشان داد که پس از کنترل متغیرهای سطح تحصیلات و نمرات پیش‌آزمون، بین میانگین‌های تعدیل‌شده نمرات افسردگی دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد ($p=0/001$) و اندازه اثر آن ۰/۵ است؛ لذا فرضیه پژوهش تأیید شد. توان آماری ۰/۹۵ همراه با سطح معناداری مطلوب، بیانگر کفایت حجم نمونه و دقت زیاد آزمون بود. نتایج تحلیل داده‌ها در مرحله پی‌گیری (جدول ۳) نیز حاکی از پایداری نسبتاً

1- effect size
3- Armstrong
5- Temkin

2- Davis
4- Donovan

شیوه صحیح به چالش کشیدن این افکار ناکارآمد و جای‌گزینی آنها با افکار مثبت، نحوه تفکر و ادراک بیماران اصلاح شود. مثلاً، «باید تشنجه‌ها را به عنوان یک بیماری مزمن بپذیریم و نگاهی نو به زندگی داشته باشیم. تمام زندگی چالش و مبارزه است و ابتلا به صرع، چالشی است که باید به خوبی با آن کنار بیایم. من در فاصله بین حملات توانایی برخورداری از یک زندگی مفید و شاد را دارم و اجازه نمی‌دهم بیماری، لذت زندگی را از من بگیرد و...»

در مجموع، اثر قابل توجه مداخله درمانی بر بهبود علایم خلقی بیماران گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری را می‌توان ناشی از اصلاح «ادراک خود» بیماران، اصلاح نگرش‌های زیربنایی، مخصوصاً در زمینه بیماری، اصلاح سبک برخورد بیماران با واکنش‌های منفی دیگران و افزایش سطوح فعالیت و بهبود روابط بین فردی مثبت بیماران دانست. البته اندازه اثر، طی یک ماه و نیم پس از اتمام درمان (مرحله پی‌گیری)، تا حدودی کاهش داشت (۰/۴۲). این یافته را می‌توان با محدود بودن تعداد جلسات درمانی تبیین کرد. با توجه به طیف وسیع آسیب‌پذیری شناختی و مشکلات بین فردی مبتلایان به صرع، شاید تعداد جلسات درمانی بیشتر، تأثیرات درمانی را ماندگارتر کند. از آنجا که افکار منفی و نگرش‌های ناکارآمد مبتلایان به صرع، سبک زندگی آنها را تا حد زیادی تغییر می‌دهد، برگزاری جلسات روان‌درمانی مستمر برای تثبیت هرچه بیشتر تأثیرات درمانی ضروری به نظر می‌رسد.

از محدودیت‌های اصلی پژوهش، نبود امکان کنترل برخی متغیرهای مرتبط با بیماری صرع بود. در واقع عدم همگن‌سازی کامل در زمینه متغیرهایی همچون نوع و شدت حملات، داروهای ضد تشنج مصرفی و متغیرهایی همچون سابقه زیست‌شناختی (خانوادگی) افسردگی، شدت علایم و... تعمیم نتایج پژوهش را تا حدی محدود می‌کرد. البته، تلاش شد تا با انتخاب تصادفی و قرار دادن تصادفی اعضا در دو گروه آزمایش و شاهد، این تفاوت‌ها تا حدی کنترل شود، اما به دلیل حجم کم نمونه، در تعمیم نتایج باید احتیاط کرد.

حساس‌اند و ادراک خودمنفی آنها تقویت می‌شود، برنامه‌ریزی فعالیت به بیمار کمک کرد تا احتمال شکست در رسیدن به برنامه‌های روزانه را به کمترین میزان برساند. بیماران تشویق می‌شدند تا هر گونه افزایش سطح فعالیت روزانه را در خود ارزش‌گذاری کرده و با تفکر مثبت تقویت نمایند.

بعد دیگر، که احتمالاً به کاهش افسردگی منجر شد، افزایش روابط بین فردی بود. به دلیل ماهیت بیماری، خلق افسرده و تحریک‌پذیری زیاد، اغلب این بیماران از لحاظ روابط بین فردی مشکلات زیادی داشتند و سبک‌های ارتباطی غلط (اغلب پرخاشگر یا منفعل) منجر به طرد آنها از سوی دیگران و افزایش انزوای اجتماعی و خلق منفی آنها شده بود، لذا یکی از اهداف جلسات درمانی، آموزش سبک ارتباطی صحیح (شجاعانه و همراه با ابراز وجود) و مهارت‌های ارتباطی مفید (هنر گوش دادن، درخواست کردن، نه گفتن و...) همراه با تمرین رفتار (ایفای نقش ضمن جلسه) در نظر گرفته شد تا بیماران به برقراری روابط اجتماعی خوب و تقویت‌کننده تشویق شوند.

از آنجا که باورها و نگرش‌های زیربنایی، مبنای نظریه شناخت‌درمانی بک برای افسردگی است، بیماران طی جلسات درمانی با فهرست نگرش‌های ناکارآمد بک آشنا شدند و میزان اعتقاد آنها به این فرض‌های زیربنایی بررسی و نحوه چالش به آنها آموزش داده شد. نگرش‌های مرتبط با بیماری (با استفاده از فهرست نگرش‌های منفی مرتبط با صرع ارائه شده در جدول ۱) که مطابق با مثلث شناختی بک، بیشتر به دنیا (و بیماری به عنوان یک واقعیت خارجی)، آینده و خود بیمار مربوط می‌شدند، به عنوان فرض‌های بینابینی نشأت گرفته از این نگرش‌ها معرفی و با استفاده از فنون شناخت‌درمانی، به چالش کشیده و اصلاح شدند. برای نمونه، بسیاری از بیماران در زمینه تأثیر بیماری صرع بر زندگی‌شان و واکنش‌های اطرافیان به آن، نگرش‌های تحریف شده‌ای داشتند؛ مثلاً، «باید بیماری‌ام را همیشه مثل یک راز مخفی نگه‌دارم تا اعتماد به نفسم حفظ شود. اگر دیگران من را در حین تشنج ببینند، دیوانه تلقی خواهند کرد. صرع علت تمام شکست‌های من در زندگی است و...» که تلاش شد با آموزش

تا تشدید علایم خلقی و تأثیرات متقابل خلق افسرده و مضطرب بر یکدیگر کنترل شود.

در پایان باید یادآور شد که چون درصد بالایی از مبتلایان به صرع را کودکان و نوجوانان تشکیل می‌دهند و بنابر نتایج پژوهش‌ها، همایندی‌های رفتاری و روان‌پزشکی تقریباً ۴۰ تا ۵۰ درصد کودکان و نوجوانان مبتلا را دربرمی‌گیرد (پلوک، ۲۰۰۴)، از این‌رو، مدیریت مناسب و پیشگیری از بروز این شرایط از طریق آموزش بیماران و خانواده‌های‌شان و تلاش برای افزایش سازگاری روانی- اجتماعی، بالا بردن سطح عزت نفس مبتلایان و پیشگیری از افت تحصیلی، از طریق مداخلات روان‌درمانی (توسون و همکاران، ۲۰۰۸؛ اکینسیا^۱، تیتوس^۳، ردپمان^۴، برکم^۵ و ترواتان^۶، ۲۰۰۹) از همان سنین کم ضروری به نظر می‌رسد.

محدودیت دیگر، تک‌جنسی بودن بیماران دو گروه، به دلیل عدم تمایل بیماران زن از حضور در گروه‌های مختلط بود که در تعمیم نتایج به این نکته نیز باید توجه شود.

نبودن یک پروتکل مدون آزموده‌شده در پژوهش‌های پیشین، پیشینه پژوهشی اندک و نبود پرسشنامه استاندارد در زمینه نگرش‌های ناکارآمد به صرع، از دیگر محدودیت‌های این پژوهش بود. با توجه به محدودیت‌های زمان و مکان در اجرای پژوهش، طرح درمانی طی هشت جلسه دوساعته در هفته انجام شد که با توجه به طیف وسیع مشکلات بیماران مبتلا به صرع، به نظر می‌رسد پروتکل‌های درمانی‌ای که تعداد جلسات بیشتری را شامل شوند، مناسب‌تر باشند.

از آنجا که اضطراب بعد از افسردگی، شایع‌ترین اختلال روانی همراه با صرع است و علایم افسردگی سطح فعالیت بیماران را به میزان زیادی تحت تأثیر قرار می‌دهد (أنیل^۱، ۲۰۰۵)، پیشنهاد می‌شود به منظور کاهش علایم هر دو اختلال، در پژوهش‌های آتی، یک پروتکل درمانی تلفیقی تنظیم و اجرا شود

دریافت مقاله: ۱۳۸۸/۳/۱۸؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۳/۹

1- O'Neill
3- Titus
5- Berkem

2- Ekinci
4- Podopman
6- Trevathan

منابع

ابراهیمی، ا. (۱۳۸۶). اثربخشی درمان‌های یکپارچه‌گرای دینی، شناختی- رفتاری و دارودرمانی بر افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلا به اختلال افسرده‌خویی. پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه اصفهان.
بک، ج. اس. (۱۳۸۰). راهنمای گام‌به‌گام شناخت‌درمانی (ترجمه ا. دوراهکی و م. ر. عابدی). اصفهان: انتشارات گل‌های محمدی.
فری، م. (۱۳۸۲). شناخت‌درمانی گروهی (ترجمه ع. صاحبی، ح. حمیدپور و ز. اندوز). مشهد: انتشارات جهاد دانشگاهی.
هاوتون، ک.، کرک، ج.، سالکوس کیس، پ.، و کلارک، د. (۱۳۸۳). رفتار درمانی شناختی (ترجمه ح. ا. قاسم‌زاده). تهران: انتشارات ارجمند.

Bagherian, R., Guilani, B., Bahrami, H., & Saneei, H. (2007). Screening for clinical depression in Iranian post-MI patients using the Beck depression inventory for primary care. *ARYA Atherosclerosis Journal*, 3(3), 168-171.

Beck, A. T. (1967). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.

Boylan, L. S., Flint, L. A., Labovitz, D. L., Jackson, S. C., Starner, K., & Devinsky, O. (2004). Depression but not seizure frequency predicts quality of life in treatment-resistant epilepsy. *Neurology*, 62(2), 258-261.

Cramer, J. A., Blum, D., Reed, M., Fanning, K., & for the Epilepsy Impact Project Group. (2003). The influence of comorbid depression on quality of life for people with epilepsy. *Epilepsy and Behavior*, 4(5), 515-521.

Davis, G. R., Armstrong, H. E., Donovan, D. M., Temkin, N. R. (1984). Cognitive-behavioral treatment of depressed affect among epileptics: Preliminary findings. *Journal of Clinical Psychology*, 40(4), 930-935.

Devinsky, O. (2001). *Epilepsy: Patient and family guide*. Philadelphia: FA Davis.

Ekinci, O., Titus, J. B., Rodopman, A. A., Berkem, M., & Trevathan, E. (2009). Depression and anxiety in children and adolescents with epilepsy: Prevalence, risk factors, and treatment. *Epilepsy and Behavior*, 14(1), 8-18.

Goldstein, L. H., McAlpine, M., Deale, A., Toone, B. K., & Mellers, J. D. C. (2003). Cognitive behavior therapy with adults with intractable epilepsy and psychiatric comorbidity: Preliminary observations on changes in

- psychological state and seizure frequency. *Behavior Research and Therapy*, 47(4), 447-460.
- Johnson, E. K., Jones, J. E., Seidenberg, M., & Hermann, B. P. (2004). The relative impact of anxiety, depression, and clinical seizure features on health-related quality of life in epilepsy. *Epilepsia*, 45(5), 544-559.
- Jones, J. A., Hermann, B. P., Barry, J. J., Gilliam, F., Kanner, A. M., & Meador, K. J. (2005). Clinical assessment of axis I psychiatric morbidity in chronic epilepsy: A multicenter investigation. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*, 17(2), 172-179.
- Kanner, A. M. (2009). Psychiatric issues in epilepsy: The complex relation of mood, anxiety disorders, and epilepsy. *Epilepsy and Behavior*, 15(1), 83-87.
- Lambert, M., & Robertson, M. (1999). Depression in epilepsy: Etiology, phenomenology and treatment. *Epilepsia*, 40(s10), 21-47.
- Lee, E. J. (2007). *A cognitive vulnerability model of depression for people with temporal lobe epilepsy: A longitudinal study*. Doctor dissertation, University of Wisconsin.
- Mainio, A., Alamäki, K., Karvonen, K., Hakko, H., Särkioja, T., & Räsänen, P. (2007). Depression and suicide in epileptic victims: A population-based study of suicide victims during the years 1988-2002 in northern Finland. *Epilepsy and Behavior*, 11(3), 389-393.
- Martinovic, Z., Simonovic, P., & Djokic, R. (2006). Preventing depression in adolescents with epilepsy. *Epilepsy and Behavior*, 9(4), 619-624.
- Mensah, S. A., Beavis, J. M., Thapar, A. K., & Kerr, M. (2006). The presence and clinical implications of depression in a community population of adults with epilepsy. *Epilepsy and Behavior*, 8(1), 213-219.
- Mittan, R. J. (2009). Psychosocial treatment programs in epilepsy: A review. *Epilepsy and Behavior*, 16(3), 371-380.
- O'Neill, A. (2005). *Neurobiological, demographic and Psychological factors associated with depression and anxiety in individual with epilepsy*. Doctoral Dissertation, University of Hartford.
- Pellock, J. M. (2004). Managing behavioral and cognitive problems in children with epilepsy. *Journal of Child Neurology*, 19(1), S73-S74.
- Pramuka, M., Hendrickson, R., Zinski, A., & Van Cott, A. C. (2007). A psychosocial self-management program for epilepsy: A randomized pilot study in adults. *Epilepsy and Behavior*, 11(4), 533-545.
- Romos-Brieva, J. A. (1988). A new validation of the Hamilton rating scale for depression. *Journal of Psychiatry Research*, 22(1), 11-28.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2003). *Synopsis of Psychiatry, behavioral sciences and clinical psychiatry*. Philadelphia: Williams and Wilkins.
- Schmitz, B. (2002). Antidepressant drugs: Indications and guidelines for use in epilepsy. *Epilepsia*, 43(s2), 14-18.
- Shore, C. P., Perkins, S. M., & Austin, J. K. (2008). The Seizures and Epilepsy Education (SEE) program for families of children with epilepsy: A preliminary study. *Epilepsy and Behavior*, 12(1), 157-164.
- Stefanello, S., Marín-Léon, L., Fernandes, P. T., Min, L. L., & Botega, N. J. (2010). Suicidal thoughts in epilepsy: A community-based study in Brazil. *Epilepsy and Behavior*, 17(4), 483-488.
- Swinkels, W. A., van Emade Boas, W., Kuyk, J., van Dyck, R., & Spinhoven, P. (2006). Interictal depression, anxiety, personality traits, and psychological dissociation in patients with Temporal Lobe Epilepsy (TLE) and extra-TLE. *Epilepsia*, 47(12), 2092-2103.
- Tan, S. Y., & Bruni, J. (1986). Cognitive-behavior therapy with adult patients with epilepsy: A controlled study. *Epilepsia*, 27, 225-233.
- Tedman, S., Thernton, E., & Baker, G. (1995). Development of a scale to measure core beliefs and perceived self-efficacy in adults with epilepsy. *Epilepsy and Behavior*, 4(3), 221-231.
- Thompson, A. W., Miller, J. W., Katona, W., Chaytor, N., & Ciechanowska, P. (2009). Sociodemographic and clinical factors associated with depression in epilepsy. *Epilepsy and Behavior*, 14(4), 655-660.
- Tosun, A., Gokcen, S., Ozbaran, B., Serdaroglu, G., Polat, M., Tekgul, H., & Gokben, S. (2008). The effect of depression on academic achievement in children with epilepsy. *Epilepsy and Behavior*, 13(3), 494-498.
- Tosun, A., Gokcen, S., Ozbaran, B., Serdaroglu, G., Polat, M., Tekgul, H., & Gokben, S. (2008). The effect of depression on academic achievement in children with epilepsy. *Epilepsy and Behavior*, 13(3), 494-498.
- Wohlrab, G. C., Rinnert, S., Bettendorf, U., Fischbach, H., Heinen, G., Klein, P., Kluger, G., Jacob, K., Rahn, D., Winter, R., Pfafflin, M., & famoses Project Group. (2007). Famoses: A modular educational program for children with epilepsy and their parents. *Epilepsy & Behavior*, 10(1), 44-48.
- Wulsin, L. R., Vailant, G. E., & Wells, V. E. (1999). A systematic review of the mortality of depression. *psychosomatic Medicine*, 61(3), 6-17.