



ارائه شده توسط:

سایت ترجمه فا

مرجع جدیدترین مقالات ترجمه شده

از نشریات معتبر

تأثیر استفاده از داروهای ضدافسردگی بر پردازش اطلاعات عاطفی در افسردگی

عمده^۱

هدف: اجرای دقیق درمان ضدافسردگی، پردازش اطلاعات عاطفی را در جهت اطلاعات مثبت برای اشخاص افسرده و سالم افزایش می‌دهد. این تأثیر احتمالاً با کنش‌های درمانی این داورها مرتبط است، اما تاکنون در مورد بیمارانی که افسردگی عمده دارند و از داروهای ضدافسردگی استفاده می‌کنند تحقیقی صورت نگرفته است.

روش: نویسندگان این مقاله با استفاده از روش پیگیری چشمی^۲ به بررسی تأثیرات داروهای ضدافسردگی بر دقت انتخابی^۳ در زمینه‌ی محرک عاطفی در الگویی از 47 بیمار دارای افسردگی عمده (21 نفر درمان شده و 26 نفر درمان نشده) و 47 نفر بدون افسردگی پرداخته‌اند. این شرکت‌کنندگان، یک کار صرفاً تماشاکردنی نیازمند پیگیری چشمی را انجام داده‌اند تا محققان بتوانند دقت انتخابی آنها را در زمینه‌ی محرک مثبت، ملالت^۴، تهدید و خنثی ارزیابی کنند و نیز اطلاعاتی درمانی و معیارهای خود-گزارشی در زمینه‌ی افسردگی و شدت نگرانی ارائه دهند.

نتایج: شرکت‌کنندگان افسرده‌ای که در حال حاضر از داروهای ضدافسردگی استفاده می‌کنند و شرکت‌کنندگان غیرافسرده زمان خیره شدن و خیره‌شدگی بیشتری برای محرک‌های مثبت در مقایسه با شرکت‌کنندگان افسرده‌ی درمان نشده نشان دادند. شرکت‌کنندگان افسرده تحت درمان نیز خیره‌شدگی کمتری را برای محرک ملالت در مقایسه با شرکت‌کننده‌ی افسرده درمان نشده از خود نشان دادند.

نتیجه‌گیری‌ها: ظاهراً داروهای ضدافسردگی که توسط پزشکان برای بیماران افسرده تجویز می‌شود، پردازش اطلاعات عاطفی را در نبود تفاوت‌های مربوط به شدت افسردگی اصلاح می‌کند. این یافته‌ها با تحقیقات قبلی سازگاری دارد و

¹ Major Depression

² eye tracking

³ selective attention

⁴ dysphoric

نشان دهنده تأثیر زیاد داروهای ضدافسردگی بر پردازش مثبت اطلاعات است. این یافته‌ها هم چنین شاهدهی دیگر برای اصلاح پردازش اطلاعات به عنوان سازوکار احتمالی کنش برای داروهای ضدافسردگی هستند.

اکنون پشتیبانی‌های عظیم نظری و تجربی برای اهمیت پردازش اطلاعات در نگه‌داری و شاید سبب شناسی افسردگی عمده (1-3) وجود دارد. به خصوص، در مورد توجه سودار⁵ به مطالب مرتبط با افسردگی و خودداری از اطلاعات مثبت فرضیه‌سازی شد است تا از این اختلال حمایت شود. تحقیقات قبلی نیز نشان داده است اصلاح این تعصبات از نشانه‌های افسردگی کم می‌کند (4-6).

بر اساس یکی از الگوهای اخیر افسردگی شناختی-عصب‌روان‌شناختی (7)، داروهای ضدافسردگی - به خصوص داروهایی که هدفشان سروتونین⁶ و نوراپی نفرین⁷ است - ممکن است با اصلاح پردازش اطلاعات عاطفی تأثیرگذار شوند. باور این است که پردازش اصلاح شدهی اطلاعات عاطفی منجر به تأثیرات کمتر داروهای ضدافسردگی می‌شود. این الگو کمک می‌کند توضیح دهیم که چرا داروهای ضدافسردگی به سرعت با بهتر شدن حالت افسردگی در ارتباط نیست. همان طور که هارمر و همکارانش خاطرنشان کرده‌اند (7)، «داروهای ضدافسردگی به جای عمل کردن به عنوان بهترکنندهی حالت روحی⁸ ممکن است چگونگی پردازش اطلاعات انفعالی شخصی و اجتماعی ما را باز-تنظیم کنند» (ص. 107).

این الگو از مجموعه‌ای از مطالعات پیروی می‌کند که می‌گویند (1) داروهای ضدافسردگی بر پردازش اطلاعات عاطفی در مراحل اولیه درمان تأثیر می‌گذارند؛ (2) تغییرات در پردازش اطلاعات عاطفی زودتر و در نبود تغییرات حالات شخصی رخ می‌دهند؛ (3) تغییرات ابتدایی در پردازش اطلاعات با بهبودی درمانی نهایی مرتبط هستند. در نتیجه، قسمت اعظم این تحقیق با موضوعات سلامتی انجام شده است. برای مثال، برانینگ (8) به طور تصادفی به 32 داوطلب سالم یک دوز سیتالوپرام⁹ یا قرص دارونما داده است. سازگار با فرضیه شناختی-عصب-روان‌شناختی، افرادی که داروهای

⁵ biased

⁶ serotonin

⁷ norepinephrine

⁸ Mood enhancer

⁹ citalopram

ضدافسردگی مصرف می‌کردند توجه بیشتری، در مقایسه با افرادی که آن فعالیت بصری را انجام داده بودند، به محرک مثبت نشان دادند.

اخیراً محققان به ارزیابی این پدیده در افراد افسرده پرداخته‌اند. برای مثال هارمر (9) تحقیقی دوسوکور با استفاده دارونما برای ارزیابی بیماران افسرده و افراد سالم انجام داده است. در پیوند با الگوی شناختی عصب-روان‌شناختی، بیماران افسرده ای که دارونما مصرف کردند توجه کمتری را به حالات چهره مثبت و حافظه کمتری برای اطلاعات مثبت نشان دادند و نیز سرعت کمتری برای پاسخ‌گویی به صفات مثبت شخصیتی در مقایسه با افراد سالم داشته‌اند. شایان ذکر است که تأثیرات پردازش اطلاعات در بیماران افسرده در اجرای تنها یک دوز ضدافسردگی (ریباکسوتین) برعکس بوده است. با این حال، کاهش‌های قابل توجهی در رتبه بندی حالات روحی یا نگرانی اشخاص بعد از این اجرای اولیه مشاهده نشد.

در این تحقیق، بر اساس تحقیقات قبلی و با استفاده از فناوری پیگیری چشم بر رابطه‌ی بین استفاده از داروهای ضدافسردگی و دقت انتخابی در محرک بصری عاطفی تمرکز کرده‌ایم؛ این کار در میان الگویی از شرکت کنندگان دارای اختلال افسردگی عمده و نیز گروه غیرافسرده صورت گرفته است. این تحقیق بر نتایج تحقیقات اندک قبلی انجام شده در این زمینه اضافه می‌کند. شمول گروه غیرافسرده نیز برای اهداف قیاسی ارزشمند بوده زیرا به ما اجازه داد تا با شفافیت بیشتری توجه «عادی» به اطلاعات عاطفی را ترسیم کنیم.

استفاده از پارادایم پیگیری چشم ارزش ویژه‌ای دارد زیرا به محقق اجازه می‌دهد تا معیارهای پویای چندگانه‌ای از دقت انتخابی را در نظر داشته باشد (10). این امر حیاتی است زیرا ما را قادر می‌سازد تا مراحل جزئی تری از توجه را درک کنیم که به خصوص برای بیماران دارای افسردگی عمده ضروری هستند (11). پیگیری چشم هم چنین ارزیابی خوبی از توجه آشکار را فراهم می‌کند، زیرا حرکات چشم لزوماً با تغییرات توجه در ارتباط هستند، در حالی که کار نقطه-یابی¹⁰ استفاده شده در مطالعات قبلی، همیشه منجر به حرکات چشم نمی‌شود و ممکن است تغییرات آشکار و مخفی

¹⁰ Dot-probe

را در توجه ارزیابی بکند (12 و 13). تحقیق ما اولین تحقیق در زمینه‌ی بررسی داروهای ضدافسردگی است که توسط جامعه‌ی پزشکی تجویز شده، و در رابطه با پردازش اطلاعات عاطفی می‌باشد.

ما از فناوری پیگیری چشم (کل زمان خیره شده، میانگین دفعات خیره‌شدگی، میانگین زمان خیره‌شدگی) در زمینه ملالت، تهدید، مثبت و صحنه‌های عاطفی خنثا در الگویی از شرکت کنندگانی که افسردگی عاطفی داشتند (هم درمان شده و هم درمان نشده) و گروه هرگز افسرده نبود، برای ارزیابی دقت انتخابی بهره بردیم. سازگار با تحقیقات قبلی (8 و 9) فرضیه ما این بود که استفاده از داروهای ضدافسردگی، در مقایسه با عدم استفاده از آنها، با دقت انتخابی بیشتری برای محرک مثبت همراه خواهد بود. بعداً پیش بینی کردیم که تفاوت چندانی بین گروه درمان شده از افسردگی عمده و گروه افسرده نشده در زمینه‌ی دقت انتخابی برای اطلاعات مثبت وجود ندارد، که با این ایده که استفاده از داروهای افسردگی، پردازش اطلاعات عاطفی را نرمال می‌کند سازگار بود.

روش

شرکت کنندگان

ما 49 بیمار دارای افسردگی عمده و 47 نفر هرگز افسرده نشده را از طریق اینترنت، تلویزیون و رادیو پیدا کردیم. دو شرکت کننده در گروه افسرده‌ها را از تحلیل‌ها حذف کردیم چون داده‌های کافی از پیگیری چشم آنها به دست نیامد، و در نتیجه گروه افسرده‌ها نیز 47 نفره شد، که 21 نفر از داروهای ضدافسردگی استفاده می‌کردند و 26 نفر استفاده نمی‌کردند. 47 نفر هرگز افسرده نشده هم از هیچ داروی ضدافسردگی استفاده نمی‌کردند. این نفرات را به لحاظ سنی و تحصیلات تا جای ممکن با گروه افسرده‌ها تطبیق دادیم.

معیار شمول برای شرکت کنندگان افسرده DSM-IV راهنمای تشخیصی و اماری اختلالهای روانی و نمره‌ی بیشتر از 20 در پرسشنامه‌ی افسردگی بک دو (BDI) بود (14). معیار شمول برای افراد غیرافسرده نیز نداشتن سابقه‌ی افسردگی و نمره کمتر از 13 در پرسشنامه‌ی افسردگی بک دو بود (14). معیار شمول برای همه‌ی شرکت کنندگان هم سن 22 تا 55 سال، بینایی عادی یا نزدیک به عادی، و توانایی صحبت کردن، خواندن، و درک انگلیسی بوده است. معیار شمول برای همه‌ی شرکت کنندگان راهنمای تشخیصی و اماری اختلالهای روانی جاری یا گذشته در بر گیرنده‌ی سؤاستفاده از

موارد در 6 ماه گذشته؛ راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی وابستگی به مواد، اختلال دوقطبی، اختلال روانی، روان رنجوری و سواسی فکری - عملی، جمع هراسی، اختلال وحشت‌زدگی، اختلال افسردگی پس‌ضربه‌ای، یا اختلال نگرانی کلی، و سابقه صرع یا آسیب سر بوده است. بعد از دریافت توصیفی کامل از جزئیات تحقیق، شرکت‌کنندگان اجازه‌نامه‌ای کتبی را امضاء کردند. همه‌ی رویه‌ها توسط هیئت مرور دانشگاه تگزاس در آستین تأیید شده بود.

ارزیابی‌ها

به منظور بررسی اطلاعات برای شایستگی تحقیق، از نسخه‌ی الکترونیک مصاحبه‌ی مینی بین‌المللی عصب-روان-شناختی، مصاحبه‌ی گزینش ساخت‌مندی که DSM را ارائه می‌کرد و تشخیص‌های طبقه‌بندی بین‌المللی بیماریها مورد استفاده قرار گرفتند. نسخه‌ی بیمار مصاحبه‌ی کلینیکی ساخت‌مند برای DSM (SCID) (16) در روز اجرای تحقیق انجام شد تا تشخیص‌های روان‌درمانی برای شمول و خروج معیارها فراهم شود. دو ارزیاب از دانشجویان دکتری بودند که فوق‌لیسانس روان‌شناسی بالینی داشتند و حداقل 2 سال تدریس بالینی و تجربه‌ی ارزیابی داشتند، و ارزیاب سوم دستیار محقق تمام وقت روان‌شناسی بود که بیش از 40 ساعت در تعلیم اجرای SCID گذرانده بود. 20 درصد همه‌ی مصاحبه‌ها توسط ارزیابی مستقل نمره‌گذاری شد که دانشجوی دکتری بود، و فوق‌لیسانس روان‌شناسی بالینی داشت و 4 سال تجربه‌ی ارزیابی داشت. توافق بر سر تشخیص‌های اختلال افسردگی عمده بین مصاحبه‌کنندگان پرسشگر و ارزیاب مستقل خیلی خوب بود ($k=1.00, p,0.0001$).

BDI دوم، 21 آیت‌م پرسش‌نامه گزارش نفس‌داری اعتبار اثبات‌شده در روانپزشکی الگوهای بیماران سرپایی و بستری (17) برای ارزیابی شدت افسردگی مورد استفاده قرار گرفت. پرسش‌نامه‌ی نگرانی بک (18)، که پرسش‌نامه‌ی 21 آیت‌م گزارش نفس‌داری است پایایی درونی و بازآزمایی دارد و با معیارهای دیگر نگرانی اعتبار همگرا دارد (18 و 19) و برای ارزیابی نشانه‌های نگرانی از آن استفاده کرده‌ایم.

کار پیگیری چشم

در هر آزمایشی در این کار، چهار تصویر گزیده شده از سیستم تصویر عاطفی بین‌المللی (20) انتخاب شده، و به طور همزمان با یکی از تصاویر ظاهر شده در هر یک از ربع‌ال سی دی 20 اینچی مونیتور رایانه عرضه شده بود. در هر

آزمایشی، یک تصویر از هر چهار مقوله‌ی محرک انتخاب شده است: ملامت، تهدید، مثبت، یا خنثی (نمودار S1 را در داده‌های تکمیلی ببینید که همراه نسخه‌ی آنلاین این مقاله می‌باشد). روش انتخاب و مقوله‌بندی این تصاویر نیز پیشتر توصیف شده است (11). مکان هر تصویر برای هر شرکت کننده به طور تصادفی و توسط نرم افزار محرک-بازنما انجام شده است (نرم افزار E-prime 2.0؛ نرم افزارهای روانشناسی؛ شارپسبورگ، پا) البته این محدودیت اعمال شده که هر مقوله‌ی محرک باید در هر یک از چهار جایگاه سه بار در طول 12 آزمایش ظاهر شود. علاوه بر 12 تحقیق آزمایشی، چهار آزمایش پر کردن شامل همه‌ی تصاویر خنثی هم برای مخفی کردن ماهیت کار عرضه شده که منجر به ایجاد مجموعاً 16 آزمایش شد. نظم عرضه‌ی محرک برای هر شرکت کننده به طور تصادفی مشخص شد. هر آزمایش 30 ثانیه طول کشید. پیش‌تر از آزمایش‌ها، یک تقاطع خیره‌شدگی اصلی روی صفحه‌ی نمایش باقی ماند تا وقتی که چشمان شرکت کننده تقریباً در 1 درجه زاویه‌ی بصری تقاطع حدود 1 ثانیه خیره شد.

جدول 1: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و بالینی افراد هرگز افسرده نشده و درمان شده و درمان نشده در زمینه افسردگی

عمده

متغیر	گروه مقایسه (n=47)		گروه افسردگی درمان شده N=		گروه افسردگی درمان نشده n=26	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سن						
طول تحصیل (سال)						
نمره‌ی پرسشنامه افسردگی بک						
نمره‌ی پرسشنامه نگرانی بک						
بخش‌های افسرده کننده						

						طول بخش افسرده کننده جاری (هفته- ها)
						طول درمان فعلی (هفته- ها)

در ردیف‌ها، میانگین‌های دارای زیرنگاشت‌های متفاوت، در بین گروه‌ها $p > 0.05$ معنادار هستند.

شرکت کنندگان تقریباً در فاصله 60 سانتی متر صفحه نمایش نشستند. ابعاد هر تصویر $14.2 * 10.7$ سانتی متر بود (دارای زاویه بصری 13.5 در 10.2 درجه). فاصله افقی بین مراکز تصاویر 20.7 سانتی متر (19.6 درجه زاویه بصری) بود و فاصله عمودی بین مراکز تصاویر 15.5 سانتی متر (14.8 درجه بصری) بود.

نظام پیگیری چشم

خط خیره شدن بصری با استفاده از الگوی آر6 اپتیک از راه دور سیستم پیگیری چشم از آزمایشگاه‌های علم کاربردی مورد ارزیابی قرار گرفت. جای سر با استفاده از جای تکیه چانه و بند پیشانی ثابت شد. مکان خیرگی در هر 16.7 ام.اس¹¹ (60 هرتز) الگوسازی شد. حرکات چشم که بیش از 100 ام.اس در زاویه 1 درجه بصری ثابت بوده به عنوان خیره‌گی ضبط شده است. کل حوزه هر محرک در یک آزمایش به عنوان حوزه مورد علاقه شناسایی شده است. برای هر یک حوزه علاقه، سه نمایه دقت انتخابی توسط برنامه نرم افزاری گیزترکر (پیگیری خیره‌گی) ضبط شده است: کل زمان خیرگی در هر آزمایش، تعداد خیره‌گی‌ها در هر آزمایش، و میانگین طول زمان خیره‌گی اطلاعات ضبط شده بوده است. زمان بیشتر خیره‌گی نشانه توجه ثابت بیشتر می‌باشد. تعداد بیشتر خیره‌گی‌ها نشانه درگیری توجهی مکرر می‌باشد، در حالی که طول زمان خیره‌گی بیشتر نشانه گرفتاری توجهی بیشتر یا توجه دشواری زار بوده است.

رویه

شرکت کنندگان با SCID مصاحبه شدند تا شایستگی تحقیق مشخص شود. شرکت کنندگان شایسته فرم جمعیت شناختی، BDI، و BAI را پر کردند و اطلاعات ذیل را در ارتباط با استفاده از داروی ضدافسردگی ارائه دادند: استفاده در زمان حاضر (بله/نه)، نام دارو، دز دارو، طول مدت استفاده از دارو. در زمینه پیگیری چشم، شرکت کنندگان در صندلی (دارای قابلیت تنظیم ارتفاع) نشستند تا زحمت و سختی قرار دادن سر شرکت کننده در محل تکیه گاه چانه و پیشانی کمتر شود. تنظیم دوربین توسط بهترین دانش آموزی که بهترین دید چشم راست را داشت صورت گرفت. درجه بندی 9 نقطه‌ای برای اثبات مسیر ضبط خیره‌شدگی بصری با 1 درجه زاویه‌ی بصری برای هر نقطه‌ی درجه بندی صورت گرفت. درجه بندی تکرار شد تا وقتی که این معیار برآورده شد.

بصورت کلامی به شرکت کنندگان آموزش داده شد و با استفاده از صفحه رایانه به دیدن تصاویر پرداختند، طوری که انگار تلویزیون تماشا می‌کنند یا به آلبوم عکس نگاه می‌کنند. تنها محدودیت این بود که آنها همه‌ی تصاویر را در هر آزمایش می‌دیدند. برای کاهش اثرات تقاضا، آموزش‌ها تأکید داشتند که این تحقیق پردازش اطلاعات عاطفی را بدون اشاره به معیار حرکات چشم انجام می‌دهد. به شرکت کنندگان آموزش داده شد تا به تقاطع خیرگی قبل از هر آزمایش نگاه کنند تا مکان آغاز خیرگی آنها نرمال شود. یکی از آزمایش کنندگان هم در اتاق مجاور عرضه محرک‌ها و کیفیت پیگیری چشم را در سرتاسر هر آزمایش بررسی می‌کرد.

نتایج

ویژگی‌های شرکت کننده

آمارهای توصیفی برای این الگو در جدول 1 ارائه شده‌اند. هیچ تفاوت معناداری بین گروه‌ها به لحاظ سنی یا مدت تحصیلی وجود نداشت. گروه‌های درمان شده و درمان نشده از نظر شدت افسردگی، شدت نگرانی، تعداد بخش‌های افسرده کننده، یا مدت بخش‌های بخش‌های افسرده کننده فعلی تفاوت نداشتند. گروه‌های افسرده درمان شده و نشده شدت افسردگی و نگرانی زیادی را نسبت به گروه سالم گزارش کردند. اغلب شرکت کنندگان زن بودند، و هیچ تفاوت معناداری بین گروه سالم، گروه درمان شده و گروه درمان نشده در زنان دیده نشد (به ترتیب 81٪، 81٪، و 85٪). در طول زمانی که شرکت کنندگان درمان شده در مرحله اول تحت درمان بودند تغییرپذیری مهمی وجود داشت (1.5 تا

520 هفته). اطلاعات درمان شرکت کنندگان در جدول s1 در داده های تکمیلی آنلاین نشان داده شده است). اغلب شرکت کنندگان در گروه درمان شده (16 نفر) گزارش کردند که بازدارنده دوباره مصرف کردن سروتونین گزینشی (SSRI) یا بازدارنده دوباره مصرف کردن سروتونین-نوراپی نفرین (SNRI) اصلی ترین داروهای آنها بوده است. سه شرکت کننده گزارش کردند که با پروپین¹² داروی اصلی آنها بوده است، و دو شرکت کننده اعلام کردند در حال حاضر از داروی ضدافسردگی استفاده می کنند و اسمی از داروی خود نبردند. تحلیل داده های شرکت کننده هایی که گزارش کردند SSRI یا SNRI داروی اصلی آنهاست تقریباً شبیه کل افراد نمونه بود، در نتیجه نتایج برآمده از کل الگوهای در ذیل ارائه شده است.

تأثیرات جایگاه دارو در نمایه های پیگیری چشم

کل میانگین زمان خیرگی. یک گروه 3 در 4 [از افراد سالم، درمان شده و درمان نشده] مشخص شده با نوع محرک [ملامت، تهدید، مثبت، خنثی] تحلیل واریانس (ANOVA) نشان دهنده تأثیر اصلی نوع محرک بر میانگین زمان خیره ($F=18.22, df=3, 376, p,0.001; hp2= 0.13$) و نیز تعامل مهمی بین گروه و نوع محرک ($F=3.24, df=6, 376, p=0.004; hp= 0.05$) بود. هیچ تأثیر مهمی برای گروه در مورد میانگین زمان خیرگی مشاهده نشد. همان طور که پیش بینی می شد، مقایسه های برنامه ریزی شده نشان دادند که تعامل نوع گروه-مشخص شده توسط-محرک توسط کل طول مدت خیرگی برای تصاویر مثبت در گروه درمان شده و گروه افراد سالم در مقایسه با گروه درمان نشده اجرا شد. هیچ تفاوت مهمی بین گروه سالم و درمان شده در زمینه کل مدت خیرگی برای تصاویر مثبت وجود ندارد. تفاوت های گروه برای ملامت، تهدید، و تصاویر خنثی مهم نیستند (جدول 2).

برای بررسی تأثیرات احتمالی مسیر زمان بر کل زمان خیرگی، آزمایش 30 ثانیه به بخش های 5 ثانیه ای تقسیم شد و کل زمان خیرگی برای هر بخش نیز محاسبه شد. یک گروه 3 در 4 در 6 [گروه تقسیم بر نوع محرک تقسیم بر زمان: (شش بخشی)] تحلیل واریانس مکرر نشان داد که تأثیر اصلی مهمی برای زمان در کل زمان خیرگی وجود دارد

¹² bupropion

تفاوت تعامل زمان بر گروه و تعامل سه راه تقسیم بر کل مدت زمان خیرگی نیز معنادار نبود. تعامل نوع گروه بر محرک هم شبیه تعامل نوع گروه بر محرک گزارش شده در آزمایش 30 ثانیه‌ای بالا بوده است. $(F=17.31, df=5, 360, p,0.001; hp 2=0.19)$ و نیز تعامل مهمی بین نوع محرک و زمان وجود دارد. $(F=2.40, df=15, 1086, p=0.002; hp 2=0.03)$. تعامل محرک نوع بر زمان در جدول 1 نشان داده شده است. تعامل نوع گروه بر محرک هم شبیه تعامل نوع گروه بر محرک گزارش شده در آزمایش 30 ثانیه‌ای بالا بوده است.

تفاوت تعامل زمان بر گروه و تعامل سه راه تقسیم بر کل مدت زمان خیرگی نیز معنادار نبود. تعامل نوع گروه بر محرک هم شبیه تعامل نوع گروه بر محرک گزارش شده در آزمایش 30 ثانیه‌ای بالا بوده است. $(F=17.31, df=5, 360, p,0.001; hp 2=0.19)$ و نیز تعامل مهمی بین نوع محرک و زمان وجود دارد. $(F=2.40, df=15, 1086, p=0.002; hp 2=0.03)$. تعامل محرک نوع بر زمان در جدول 1 نشان داده شده است. تعامل نوع گروه بر محرک هم شبیه تعامل نوع گروه بر محرک گزارش شده در آزمایش 30 ثانیه‌ای بالا بوده است. تفاوت تعامل زمان بر گروه و تعامل سه راه تقسیم بر کل مدت زمان خیرگی نیز معنادار نبود. علی‌رغم تعامل‌های غیرمعنادار بین زمان و گروه، با توجه به نتایج مهم گروه در کل مدت زمان خیرگی برای محرک‌های مثبت، آزمایش‌های بعد از این را برای بررسی تأثیرات مسیر زمان گروه بر کل مدت خیرگی برای محرک‌های مثبت انجام دادیم. تفاوت‌های معناداری بین گروه به لحاظ کل مدت زمان خیرگی برای محرک‌های مثبت در بخش پنجم ($seconds 21-25; F=7.25, df=2, 93, p=0.001$) و بخش ششم ($seconds 26-30; F=3.53, df=2, 93, p=0.034$) وجود داشت و در مورد بخش چهارم هم به معناداری نزدیک می‌شد ($F=2.39, df=2, 93, p=0.097$). این یافته‌ها با تقسیم مدت زمان‌های بیشتر محرک‌های مثبت بر گروه‌های سالم و درمان شده در مقایسه با گروه درمان نشده به دست آمده است. (این یافته‌ها در نمودار S2 در داده‌های تکمیلی آنلاین نشان داده شده است). هیچ تفاوت معناداری برای کل مدت زمان خیرگی محرک‌های مثبت بین گروه‌های برای بخش‌های اول، دوم یا سوم وجود نداشت.

تعداد میانگین خیره‌شدگی‌ها:

به دلیل خطای برنامه‌ریزی، تعداد میانگین خیره‌شدگی‌ها و مدت میانگین خیره‌شدگی‌ها را نتوانستیم برای هشت نفر از شرکت‌کنندگان درمان شده محاسبه کنیم. یک تحلیل واریانس 3 در 4 (نوع گروه بر محرک)، الگویی از نتایجی را نشان داد که با یافته‌های میانگین زمانی خیرگی مشابه بود. تأثیر اصلی معناداری برای نوع محرک بر تعداد خیره‌شدگی‌ها وجود داشت ($F=21.27, df=3, 343, p,0.001; hp$) و هم چنین تعامل مهمی بین نوع گروه و محرک وجود داشت ($F=4.23, df=6, 343, p,0.001; hp 2=0.07$). هیچ تأثیر مهمی برای گروه در رابطه با تعداد خیره‌شدگی‌ها وجود نداشت.

مقابله‌های برنامه ریزی شده برای تعداد خیره‌شدگی‌ها، شبیه نتایج کل طول مدت خیرگی و هم‌سان با فرضیات نشان داد که نوع تعامل گروه به محرک توسط تعداد متوسط بیشتری از خیره‌شدگی‌ها بر تصاویر مثبت در گروه درمان شده و در گروه افراد سالم به نسبت گروه درمان نشده اجرا شده بود. هیچ تفاوتی بین گروه افراد سالم و درمان شده در زمینه‌ی تعداد خیره‌شدگی‌های تصاویر مثبت وجود نداشت. گروه درمان شده خیره‌شدگی‌های کمتری بر تصاویر ملامت‌زا در مقایسه با گروه درمان نشده داشتند. هیچ تفاوت معناداری بین گروه افراد سالم و درمان شده یا نشده در تعداد خیره‌شدگی‌های تصاویر ملامت‌زا وجود نداشت. هم چنین، تفاوت‌های مربوط به تصاویر تهدیدآمیز و خنثی نیز غیرمعنادار بود (جدول 2).

بحث

ما در این تحقیق، الگوی شناختی عصب-روانشناختی افسردگی را با ارزیابی ارتباط بین استفاده‌ی داروی ضدافسردگی و دقت انتخابی برای اطلاعات عاطفی در افراد دارای اختلال افسردگی عمده و افراد غیرافسرده آزمایش کردیم. همان طور که فرض شده بود، در میان شرکت کنندگان افسرده بین استفاده از داروهای ضدافسردگی (در مقایسه با عدم استفاده) و دقت انتخابی بیشتر محرک مثبت ارتباط معناداری را پیدا کردیم. افراد گروه درمان شده کل مدت زمان خیرگی و خیره‌شدگی‌های بیشتری بر تصاویر مثبت در مقایسه با گروه درمان نشده داشتند. گروه سالم غیرافسرده نیز مدت زمان خیرگی بیشتری در مقایسه با گروه درمان نشده از خود نشان دادند. گروه درمان شده در زمینه دقت انتخابی محرک‌های مثبت تفاوت چندانی با گروه سالم نداشتند، و این نشان می‌دهد که استفاده از داروهای ضدافسردگی پردازش اطلاعات را نرمال می‌کند. ما هیچ تفاوت معناداری بین گروه‌های خود در طول مدت خیره شدن به محرک ملامت‌زا نیافتیم، اما متوجه شدیم که گروه درمان شده خیره‌شدگی‌های کمتری به محرک ملامت‌زا در مقایسه با گروه درمان نشده داشت.

نتایج ما با تحقیقات قبلی این زمینه سازگاری دارد (7-9). در حالی که تحقیقات قبلی تأثیران یک دز تنها از داروهای ضدافسردگی را در مقایسه با دارونما بر پردازش اطلاعات بررسی کرده بودند، این تحقیق اولین پژوهش برای بررسی تأثیرات استفاده از داروهای ضدافسردگی تجویز شدن بر پردازش اطلاعات در شرکت کنندگان مبتلا به افسردگی عمده

بوده است. ارتباط بین استفاده از داروهای ضد افسردگی و پردازش اطلاعات عاطفی برای محرک‌های مثبت امروزه از طریق الگوهای افراد سالم و افسرده و از طریق کارهای پردازش اطلاعات متنوعی پیگیری می‌گردند. تأثیر داروهای ضد افسردگی بعد از یک بار اجرای تست داروهای ضد افسردگی در تحقیقات قبلی بررسی شده است، و در تحقیق ما، با افراد افسرده دارای پرهیز غذایی مداوم از داروهای ضد افسردگی انجام شده است. این واقعیت که استفاده از داروهای ضد افسردگی بر پردازش اطلاعات عاطفی محرک‌های مثبت تأثیر دارد امروزه از طریق الگوها، کارها و روش‌های تست استفاده از داروهای ضد افسردگی در ترکیب با میزان زیاد تأثیر مشاهده شده در تحقیقات فعلی بررسی می‌گردد و این یعنی تأثیر آن پرنفوذ است.

این یافته‌ها به شواهد در حال رشد مبنی بر این که داروهای ضد افسردگی تأثیرات ضد افسردگی خود را از طریق اصلاح پردازش اطلاعات عاطفی می‌گذارند، نه مستقیماً بهتر کردن وضعیت روحی فرد، افزوده است (7). برای تحقیقات آینده ضرورت دارد تا دقیقاً مشخص کنند که تا چه میزان این تغییرات در خیره‌شدگی بین رابطه‌ی استفاده از داروهای ضد افسردگی و کاستن حالات افسردگی میانجی‌گری می‌کند.

نتایج ما را باید در پرتو برخی از محدودیت‌ها تفسیر کرد. یکی از محدودیت‌های اصلی این تحقیق عدم شمول اختلالات نگرانی از الگوی بیماران افسرده بوده که تعمیم‌پذیری بیرونی یافته‌های تحقیق را محدود می‌کند. دیگر محدودیت‌های مهم عرضی غیر تصادفی شرایط درمانی و شمول چندین طبقه‌بندی درمان‌های ضد افسردگی می‌باشد که اعتبار درونی یافته‌ها را محدود می‌کند. در حالی که محدودیت‌های واضحی در انتخاب این طرح وجود داشته، رویکرد طبیعی‌گرایانه‌تر ما اعتبار بوم‌شناختی این تحقیق را افزایش می‌دهد. در واقع، شرکت‌کنندگان با انواعی از داروهای ضد افسردگی مواجه شدند (برخلاف اینکه گاهی اوقات با دزهای خیلی محدودی صرفاً یک دارو به آنها داده می‌شد)، که با واقعیت استفاده از داروهای ضد افسردگی در عموم مردم بیشتر مطابقت دارد. علاوه بر این، فناوری پیگیری چشم از اعتبار بوم‌شناختی بیشتری نسبت به نمایه‌های دقت انتخابی (مثل ردیاب یابی) برخوردار است، چون اطلاعات حساسی را در مورد مراحل پویای توجه عرضه می‌دارد. هم‌راستا با تحقیقات آزمایشی قبل (8،9)، نتایج این تحقیق هم شواهدی مکفی برای اصلاح پردازش اطلاعات به عنوان سازوکار عمل کردن در داروهای ضد افسردگی فراهم آورده است.

جدول 2: نتایج پیگیری چشم برای افراد هرگز افسرده نشده و درمان شده و درمان نشده مبتلا به افسردگی عمده

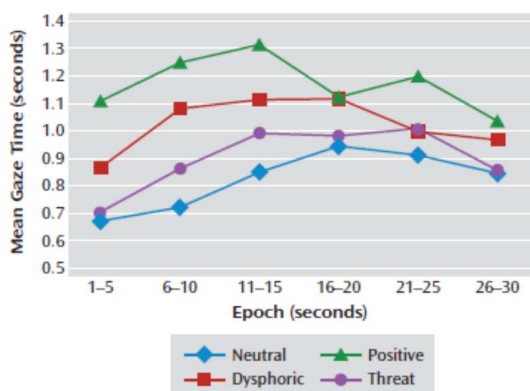
معیار و نوع محرک		گروه مقایسه (n=47)		گروه افسردگی درمان شده (N=21)		گروه افسردگی درمان نشده (n=26)	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
کل مدت زمان خیرگی (ثانیه)							
خنثی	5.05						
ملامت‌زا	5.99						
مثبت	7.46						
تهدید‌زا	5.33						
تعداد میانگین خیره‌شدگی‌ها							
خنثا	20.97						
ملامت‌زا	24.55						
مثبت	27.49						
تهدید‌زا	21.48						

در ردیف‌ها، میانگین‌های دارای زیرنگاشت‌های متفاوت، در بین گروه‌های $p > 0.05$ به طرز معناداری متفاوت هستند.

در مورد گروه درمان شده، برای داده‌های مرتبط با میانگین تعداد خیره‌شدگی‌ها $n=13$ است.

شکل 1. میانگین کل زمان خیره شدن که به بخش‌های 5 ثانیه‌ای تقسیم شد؛ مقایسه‌ی افرادی که هرگز افسردگی نداشتند با بیماران

مبتلا به افسردگی عمده که درمان شده بودند و یا تحت درمان قرار نگرفته بودند.





این مقاله، از سری مقالات ترجمه شده رایگان سایت ترجمه فا میباشد که با فرمت PDF در اختیار شما عزیزان قرار گرفته است. در صورت تمایل میتوانید با کلیک بر روی دکمه های زیر از سایر مقالات نیز استفاده نمایید:

لیست مقالات ترجمه شده ✓

لیست مقالات ترجمه شده رایگان ✓

لیست جدیدترین مقالات انگلیسی ISI ✓

سایت ترجمه فا ؛ مرجع جدیدترین مقالات ترجمه شده از نشریات معتبر خارجی