

مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی تلفیقی، با درمان شناختی و درمان شناختی- رفتاری کلاسیک، در کاهش نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی

عبدالله امیدی^۱، ابوالفضل محمدی^۲، فاطمه زرگر^۳، گودرز عکاشه^۴

چکیده

زمینه و هدف: اختلال افسردگی عمده، شایع‌ترین اختلال روانی با عودهای مکرر است. یکی از زمینه‌های آسیب‌شناسی در افسردگی، وجود افکار و نگرش‌های ناکارآمد در افراد است. درمان شناختی- رفتاری، یکی از پرکاربردترین درمان‌ها در فاز فعال این اختلال است و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، یکی از درمان‌های جدید در حوزه پیشگیری از عود اختلال افسردگی اساسی است. این مطالعه، با هدف ارزیابی اثربخشی درمان تلفیقی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی در مقایسه با درمان شناختی- رفتاری کلاسیک بر نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی انجام شده است.

روش تحقیق: این مطالعه، به روش نیمه آزمایشی و با انتخاب تصادفی در دسترس انجام شد. از بین بیماران مراکز مشاوره دانشگاه تهران، دانشگاه شاهد و کلینیک توان بخشی صبا، تعداد ۹۰ بیمار از بین ۱۶۰ پرونده فعال روان پزشکی با معیارهای تشخیصی برای اختلال افسردگی اساسی انتخاب شدند. بیماران در سه گروه ۳۰ نفره شامل: گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT)، رفتار درمانی شناختی سنتی (CBT) و درمان متداول (TAU)، به طور تصادفی قرار گرفتند و در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون، با استفاده از مصاحبه بالینی ساختاریافته، آزمون نگرش‌های ناکارآمد و آزمون افسردگی بک، ارزیابی شدند. نتایج، با آزمون تحلیل کوواریانس و آزمون‌های تعقیبی تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان می‌دهند که گروه تلفیقی و گروه CBT در مرحله پس‌آزمون، کاهش معنی‌داری در نگرش‌های ناکارآمد و میزان افسردگی نشان دادند؛ در حالی که در گروه TAU که درمان دارویی صرف برای آنها انجام شد، تفاوت معنی‌داری بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: نتایج بیانگر این هستند که تلفیق درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی با CBT، نسبت به درمان دارویی، اثراتی مشابه با CBT سنتی دارد و می‌تواند از طریق کاهش تأثیر نگرش‌های ناکارآمد، منجر به کاهش علایم افسردگی شود.

واژه‌های کلیدی: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی؛ رفتار درمانی شناختی؛ اختلال افسردگی اساسی؛ نگرش‌های ناکارآمد

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. ۱۳۹۲؛ ۲۰ (۴): ۳۸۳-۳۹۲.

دریافت: ۱۳۹۱/۰۴/۲۵ پذیرش: ۱۳۹۲/۱۰/۰۹

^۱ استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران.

^۲ نویسنده مسؤول، استادیار، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

آدرس: تهران - کارگر جنوبی - بیمارستان روزبه

تلفن: ۵۵۴۱۹۱۵۱-۰۲۱۰۵۵۴۱۲۷۵۶ پست الکترونیکی: a-mohammadi@tums.ac.ir

^۳ استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران.

^۴ استادیار، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران.

مقدمه

اختلال افسردگی اساسی^۱، به عنوان شایع ترین اختلال روانی، بار اقتصادی، هیجانی و اجتماعی بسیاری برای مبتلایان و خانواده های آنها و اجتماع دارد. برآورد می شود که شیوع دوازده ماهه این اختلال، ۱۲/۶ - ۲/۹ درصد است (۱). سازمان جهانی بهداشت پیش بینی می کند که تا سال ۲۰۲۰، این اختلال، دومین بیماری بزرگ جهانی خواهد بود (۱)؛ از طرف دیگر، خطر خودکشی در چنین بیمارانی غالباً فزونی می یابد. یک هفتم از بیمارانی که برای اختلال افسردگی اساسی بستری شده اند، از طریق خودکشی جان خود را از دست داده اند (۲). افسردگی اساسی، غالباً وضعیت مزمن و فراگیری دارد و مبتلایان، عودهای مکرری را تجربه می کنند. یک فرد مبتلا به MDD، حدود ۶ دوره افسردگی را در طول عمر خود تجربه می کند (۳). درمان های رفتاری-شناختی (CBT)^۲، درمان هایی نسبتاً مؤثر برای اختلالات افسردگی هستند (۴) و به علت سادگی و کارآمدی، جزء درمان های معتبر و با پشتوانه تجربی، جای خود را در این گونه اختلالات باز کرده اند (۵). مطالعات نشان می دهند که درمان رفتاری-شناختی، در درمان افسردگی حاد مؤثر است، اما اثرات پیشگیرانه آن مورد تردید می باشد (۶). پیشرفت های اخیر در درمان های جایگزین این اختلال، از جمله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT)^۳ (۷)، به ویژه در پیشگیری از عود آن، روی کار آمده اند (۸-۱۲). متاآنالیز نتایج پژوهشی نشان می دهد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی که جزء درمان های موج سوم است، درمان مؤثری برای اختلال های افسردگی است (۱۳).

در درمان رفتاری-شناختی سنتی، از بازسازی شناختی و تغییر محتوای افکار در درمان استفاده می شود؛ در حالی که در MBCT، هدف، تغییر محتوای افکار نیست. مدل شناختی، فرض می کند که مکانیسم درمانی فعال، تغییر مفروضه های

ناکارآمد و باورهای هسته ای بر اساس ساختاری منطقی است و به دنبال این تغییرات است که نشانه ها فروکش می کنند؛ درحالی که درمان های موج سوم، ذهن آگاهی و پذیرش را در شناخت درمانی ادغام می کنند و فرآیندهایی چون: تماس با زمان حال، تغییر رابطه فرد با افکار خود، کاهش سرکوبی و اجتناب از تجربه درونی، افزایش انعطاف پذیری روان شناختی و سرانجام تغییرات رفتاری را مورد حمایت قرار می دهند. در ارتباط با واسطه های درمانی، نگرش های ناکارآمد، در شکل گیری و دوام افسردگی، مورد توجه بسیاری از صاحب نظران قرار گرفته اند. نگرش های ناکارآمد، اسنادهای شناختی ای هستند که با آسیب پذیری، تداوم و عود اختلال افسردگی ارتباط دارند (۱۲). این نگرش ها، فرضیه ها و باورهای ناکارآمدی هستند که معمولاً حیطه هایی چون: ارزیابی، کمال گرایی و تأیید بین فردی را شامل می شوند.

در شیوه های شناختی- رفتاری، نگرش های ناکارآمد، از طریق تکنیک های خاص، مورد بازسازی قرار می گیرند؛ بدین صورت که درمانگر، در درجه اول، با کمک مراجع به بررسی و کشف آنها می پردازد و سپس از طریق چالش با افکار، سعی در تغییر آنها دارد؛ از سوی دیگر، مراجع نیز ترغیب می شوند تا افکار خود را شناسایی کرده و به رد آنها بپردازند (۱۴). Teasdale و همکاران (۱۵) معتقدند که بیماران افسرده، به واسطه ارتقای آگاهی، از این گونه درمان ها سود می برند. در پژوهش حاضر، هدف این بوده است که تأثیر درمان شناختی را در یک گروه و ترکیب آن با MBCT را در گروهی دیگر، بر افکار و نگرش های ناکارآمد، به عنوان میانجی تغییر و کاهش نشانه های افسردگی مورد مطالعه قرار دهیم. در واقع، از آنجایی که میزان عود به دنبال CBT بالاست (۱۵) و MBCT اساساً برای پیشگیری از عود طراحی شده است (۹)، تلفیق این دو، مدلی را به همراه خواهد داشت که ضمن داشتن خاصیت MBCT، در فاز فعال افسردگی نیز کارایی داشته باشد و ضمناً مکانیسم تغییر در هر دو، مورد شناسایی قرار گیرد.

¹ Major Depression Disorder (MDD)

² Cognitive- Behavior Therapy

³ Mindfulness- Based Cognitive Therapy (MBCT)

روش تحقیق

در این مطالعه، طرح شبه آزمایشی تصادفی مورد استفاده قرار گرفت که شرکت کنندگان، بر اساس نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند؛ بدین ترتیب که از سرویس های بالینی دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی (مرکز توان بخشی صبا)، مرکز مشاوره دانشگاه تهران و مرکز مشاوره دانشگاه شاهد که در فصل پاییز پرونده فعال درمانی داشتند و بالغ بر ۱۶۰ پرونده می شد، تعداد ۹۰ بیمار انتخاب شدند. این شرکت کنندگان می بایست بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته بر اساس DSM-IV برای اختلالات محور (I Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders; SCID-I) تشخیص اختلال افسردگی اساسی داشته باشند و بر اساس نظر روان پزشک، پیگیر فرایند درمانی خود باشند؛ سپس بیماران، به روش تصادفی ساده، در سه گروه ۳۰ نفره جایگزین شدند. گروه ها عبارت بودند از: گروه درمان شناختی-رفتاری (CBT)، گروه درمان ترکیبی (CBT+ MBCT) و گروه درمان متداول دارویی (TAU).^۱ گروه های روان درمانی، درمان دارویی معمول خود را نیز ادامه دادند. بیماران هر سه گروه، پس از امضای رضایت نامه آگاهانه کتبی، پرسشنامه افسردگی بک-نسخه دوم (BDI-II)^۲ و مقیاس نگرش های ناکارآمد (DAS)^۳ را به عنوان پرسشنامه های پیش آزمون تکمیل نمودند و مجدداً پس از اتمام جلسات درمان، در گروه های روان درمانی CBT و CBT & MBCT همین پرسشنامه ها را تکمیل نمودند. ارزیابی های پیش آزمون و پس آزمون، توسط دو نفر کارشناس ارشد روان شناسی بالینی آموزش دیده انجام شد.

سن بیماران بین ۱۸ تا ۴۵ سال و حداقل سطح سواد آنان پایان دوره راهنمایی بود. ۳۰ نفر آنها مذکر و ۶۰ نفر مؤنث و همگی تحت درمان روان پزشک بودند. معیار ورود به مطالعه عبارت از داشتن معیارهای تشخیص گذاری اختلال افسردگی

اساسی بر اساس DSM-IV بود و معیارهای خروج از مطالعه شامل: اختلال خلقی دوقطبی، سایکوز، سوء مصرف مواد، سابقه ارگانیک، اختلال خوردن و بیماران دارای افکار خودکشی می شد.

در گروه درمان تلفیقی (CBT & MBCT)، برای طرح پروتکل درمانی، از منابع معتبر علمی موجود استفاده شد. این پروتکل شامل ۸ جلسه گروهی دو ساعته بود که تمرینات مراقبه و تکنیک های شناختی آموزش داده می شد. تکالیف منزل شامل انجام مراقبه و سایر تکنیک ها به طور روزانه در طول ۸ هفته بود (۱۶). در ضمن تکنیک های فعال سازی رفتاری CBT برای افسردگی در این پروتکل ادغام شده است (۱۷). برنامه جلسات درمان تلفیقی در جدول یک آورده شده است.

در گروه درمان شناختی-رفتاری (CBT)، ساختار و شکل بندی درمان رفتاری-شناختی، بر اساس پروتکل درمانی Emery طراحی شده است (۱۷) که در جدول ۲ مباحث کلی جلسات آورده شده است.

ج- گروه سوم، درمان متداول (TAU): بیماران این گروه، به درمان رایج خود بدون هیچ گونه مداخله ای ادامه دادند (داروی ضد افسردگی توسط روان پزشک). لازم به ذکر است که هیچ کدام از گروه ها، درمان دارویی خود را قطع نکردند و درمان های روان شناختی جایگزین نشدند، بلکه برای آنها، دو طرح درمان باهم به کار برده شد.

¹ Treatment As Usual

² Beck Depression Inventory- II

³ Dysfunctional Attitude Scale

جدول ۱- صورت جلسه های درمان تلفیقی (CBT & MBCT)

جلسه	برنامه
اول	آموزش روان شناختی در مورد افسردگی، درمان تلفیقی CBT و MBCT.
دوم	فعال سازی رفتاری، شناخت رابطه بین خلق و فعالیت لذت بخش، کفایت همراه با حضور ذهن، حضور ذهن در زمان حال، شناسایی نشانه های عود افسردگی، تکلیف خانگی.
سوم	مرور تکالیف خانگی، آموزش آگاهی، حضور ذهن، آگاهی از هدایت خودکار، ثبت افکار خودکار و تحریفات شناختی، تکلیف خانگی.
چهارم	مرور تکالیف خانگی، رویارویی با اجتناب، درک مفهوم اجتناب، آگاهی از افکار و احساسات و حس های بدنی، تکلیف خانگی.
پنجم	مرور تکالیف خانگی، چالش با افکار منفی و تحریفات شناختی، آموزش این که افکار حقایق نیستند، دیدن آنچه که در ذهن می گذرد، الزامی نیست که پاسخ دادن تنها راه برقراری ارتباط با افکار باشد، رابطه جدید با افکار.
ششم	مرور تکالیف خانگی: جداسدن از افکار و حضور در زمان حال، توجه به نشانه های شناختی، احساسی، جسمانی، تکلیف خانگی.
هفتم	مرور تکالیف خانگی، اصلاح باورهای ناکارآمد و متضاد و آموزش راه جایگزینی؛ یعنی، پذیرش آنها و ایجاد رابطه متفاوت با زندگی؛ یعنی، پاسخ فعالانه به احساسات قبل از حمله به آنها و به ذهن آوردن عمدی مشکلات و ایجاد رابطه متفاوت با آنها، تکالیف منزل.
هشتم	بازنگری مطالب گذشته، برنامه فعالیت برای پیشگیری از عود، استفاده از مطالب آموخته شده برای حالات خلقی بعدی

جدول ۲- صورت جلسه های درمان شناختی- رفتاری

جلسه	صورت جلسه ها
اول	شناخت افسردگی و آشنایی با درمان رفتاری- شناختی
دوم	تکلیف خانگی افزایش فعالیت و آموزش رابطه بین فعالیت و خلق
سوم	پایش وضعیت موجود، رویارویی با اجتناب
چهارم	پایش وضعیت موجود، غلبه بر نشانه های احساسی، آموزش رابطه بین افکار خودکار و احساسات منفی
پنجم	پایش وضعیت موجود، ثبت افکار خودکار و ارایه تکلیف خانگی
ششم	پایش وضعیت موجود، مبارزه و چالش با افکار منفی، بررسی تکلیف خانگی و افکار منفی، آموزش خطاهای شناختی
هفتم	پایش وضعیت موجود، دور ریختن افکار منفی، ارایه تکلیف خانگی
هشتم	پایش وضعیت موجود، اصلاح باورهای متضاد، تکلیف خانگی
نهم	آماده شدن برای خاتمه درمان، مرور تکالیف خانگی، تکمیل پرسشنامه رضایت از درمان
دهم	پایش وضعیت موجود، آموزش ارزیابی پیشرفت کار، ثبت افکار

ابزارهای اندازه گیری

حاکمی از نشانه های بیشتر افسردگی می باشد. طبقه های آن به این قرار است: صفر- ۱۳ افسردگی حداقل؛ ۱۴- ۱۹ افسردگی خفیف؛ ۲۰- ۲۸ افسردگی متوسط و ۲۹- ۶۳ افسردگی شدید. در ایران، آلفا ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه ۰/۸۹، ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۴ برای آن گزارش شده است (۲۰).

ج- مقیاس نگرش های ناکارآمد (DAS): این مقیاس توسط Weissman و Beck ارائه شده است (۲۱) و هدف آن، اندازه گیری الگوهای فکری ناسازگار و شناخت های ناکارآمد است و قابلیت کاربرد برای بزرگسالان دارد. این مقیاس، شامل ۱۰۰ آیتم بوده که شناخت های مرتبط با افسردگی را می سنجد و پاسخ ها را بر اساس مقیاس لیکرت، با

الف- مصاحبه بالینی ساختاریافته (SCID-I) بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-IV: یک ابزار جامع استاندارد برای ارزیابی جامع اختلال های روان پزشکی است که براساس معیارهای تشخیصی DSM-IV طراحی شده است. این ابزار، دارای روایی و اعتبار بالایی است (۱۸). در این مطالعه، از نسخه فارسی این ابزار استفاده شده است.

ب- پرسشنامه افسردگی بک- نسخه دوم (BDI-II): این ابزار برای سنجش شدت نشانه های افسردگی ساخته شده است (۱۹) و برای بزرگسالان و نوجوانان ۱۳ ساله و بالاتر به کار می رود. این پرسشنامه شامل ۲۱ آیتم بوده و توسط خود آزمودنی اجرا می شود. حداکثر نمره آزمودنی ۶۳ است که

مستلزم فعالیت بسیاری، از طرف شرکت کنندگان است و باید هم به دلیل اجرای دقیق روش‌ها و هم به دلیل ملاحظات اخلاقی، شرکت کنندگان دارای تعهد اخلاقی باشند.

یافته‌ها

از آنجایی که حجم نمونه هر گروه، ۶۰ نفر (در پیش‌آزمون و پس‌آزمون) بوده و با توجه به قضیه حد مرکزی، نیازی به نرمال کردن پاسخ‌ها نبوده است؛ همچنین گروه‌ها، از یکدیگر مستقل بودند؛ بنابراین از تحلیل واریانس عاملی (MANCOVA)، استفاده شد. برای آزمون فرضیه اثربخشی روش تلفیقی نسبت به CBT و TAU در کاهش نگرش‌های ناکارآمد بیماران، داده‌های حاصل از پیش‌آزمون و پس‌آزمون، مورد تحلیل قرار گرفت؛ سپس برای تحلیل میزان افسردگی، در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون نیز تحلیل جداگانه‌ای صورت گرفت. برای آزمون این فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخشی روش تلفیقی و CBT در مقایسه با TAU در کاهش نگرش‌های ناکارآمد بیماران، داده‌های حاصل از پیش‌آزمون و پس‌آزمون پرسشنامه نگرش‌های ناکارآمد (DAS)، مورد تحلیل قرار گرفتند. جدول ۳، میانگین و انحراف استاندارد‌های گروه‌های سه‌گانه درمانی را نشان می‌دهد.

با نگاهی اجمالی به میانگین و انحراف استاندارد‌های گروه‌ها، می‌توان مشاهده نمود که نگرش‌های ناکارآمد دو گروه تلفیقی و CBT، در مرحله پس‌آزمون کاهش یافته‌اند و همچنین افراد آن، از این نظر همگنی بیشتری یافته‌اند.

دامنه‌ای بین یک تا ۷ ارائه می‌دهد؛ اجرای آن بین ۱۰-۱۵ دقیقه طول می‌کشد و نمرات، دامنه‌ای بین ۱۰۰ تا ۷۰۰ دارند که نمایانگر تحریفات فکری هستند. پایایی آن، با استفاده از روش بازآزمایی بین ۰/۸۴ تا ۰/۹۷ به دست آمده است و با استفاده از روش تصحیف، ضریب آلفای آن بین ۰/۸۸ تا ۰/۹۷ و بین BDI و DAS، همبستگی ۰/۴۱ به دست آمده است (۲۱). اعتبار مقیاس، بیانگر اعتبار تشخیصی قابل قبولی می‌باشد. Beck، پاسخ‌های یک نمونه بزرگ ۲۰۲۳ نفری را مورد تحلیل عوامل قرار داده که نتایج آن نشان داده است که بار عاملی این مقیاس شامل: آسیب‌پذیری، نیاز به تأیید، کمال‌گرایی، نیاز به خشنودسازی دیگران، اجبارها، نیاز به تحت‌تأثیر گذاشتن، پرهیز از نشان دادن ضعف، کنترل بر هیجانات و عدم تأیید وابستگی می‌باشد (۲۲). این مقیاس، نسبت به شناخت درمانی حساسیت دارد و می‌تواند چگونگی پاسخ به درمان را نشان دهد؛ همچنین پایایی آن به روش بازآزمایی در یک گروه ۳۰ نفری، برابر ۰/۷۲، گزارش شده است (۲۳).

روش‌های آماری تجزیه و تحلیل داده‌ها

برای مقایسه داده‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون، از محاسبه میانگین و انحراف استاندارد و آزمون تحلیل کوواریانس و برای بررسی اختلاف بین گروه‌ها، از روش تعقیبی شفه استفاده شد.

ملاحظات اخلاقی

شرکت در مطالعه، با رضایت کامل بیماران بود و حتی از آنان رضایت‌نامه کتبی گرفته شد؛ چرا که این قبیل مطالعات،

جدول ۳- میانگین و انحراف استاندارد پیش‌آزمون و پس‌آزمون، نمرات مقیاس نگرش‌های ناکارآمد به تفکیک گروه‌ها

پس آزمون						پیش آزمون						متغیر
TAU		CBT		تلفیقی		TAU		CBT		تلفیقی		
SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	
۲۸/۵	۱۴۰/۲	۲۰/۶	۹۳/۱	۲۰/۸	۱۰۱/۴	۲۷/۶	۱۳۴/۷	۲۷/۸	۱۲۲/۲	۲۳/۵	۱۲۱/۹	DAS

بیشتری در درمان افسردگی داشته باشد، باید نسبت به دو گروه دیگر دارای تفاوت معنی دار باشد.

با نگاهی اجمالی به میانگین های گروه ها، می توان مشاهده نمود که هر سه گروه در مرحله پس آزمون، در متغیرهای مورد مطالعه کاهش داشته اند. به منظور ارزیابی فرضیه مورد نظر، از آزمون تحلیل کو- واریانس عاملی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۶ ارائه شده است.

به منظور بررسی تفاوت معنی دار بین گروه های مختلف پژوهش، از آزمون تعقیبی شفه استفاده شد. آزمون شفه، تفاوت معنی داری را از نظر تفاضل نمره پیش آزمون و پس آزمون نگرش های ناکارآمد بین گروه ها نشان داد؛ به این ترتیب که تفاضل نمره DAS بیماران گروه تلفیقی، بیشتر از گروه TAU بود؛ یعنی، بین گروه تلفیقی و گروه درمان متداول، تفاوت معنی دار بود اما بین گروه تلفیقی و شناخت درمانی، تفاوت معنی داری مشاهده نشد؛ از طرف دیگر، گروه TAU با گروه های تلفیقی و CBT، در تفاضل نمرات مورد نظر اختلاف معنی داری نشان داد.

چنانچه درمان تلفیقی، اثر بیشتری در کاهش نگرش های ناکارآمد داشته باشد، باید نسبت به دو گروه دیگر دارای تفاوت معنی دار باشد. به منظور ارزیابی این تفاوت، از آزمون تحلیل کو- واریانس عاملی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

همان طور که در جدول بالا مشاهده می شود، بین گروه های درمانی، تفاوت معنی داری مشاهده نمی شود ($P > 0.05$, $F = 2.54$)؛ از طرف دیگر، اثر پیش آزمون ($P < 0.01$, $F = 15.48$) نشان می دهد که تأثیر معنی داری داشته، اما با کنترل این اثر، ملاحظه می شود که تفاوت ($F = 7.77$) با $P < 0.01$ معنی دار است؛ یعنی، مداخلات درمانی، باعث اختلاف معنی دار بین گروه ها گردیده اند.

برای آزمون اولین فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخشی روش تلفیقی و CBT در مقایسه با TAU در درمان افسردگی بیماران، داده های حاصل از پیش آزمون و پس آزمون پرسشنامه افسردگی Beck دو (BDI II) مورد تحلیل قرار گرفتند. جدول ۵، میانگین و انحراف استانداردهای گروه های سه گانه درمانی را نشان می دهد. چنانچه درمان تلفیقی، اثر

جدول ۴- خلاصه نتایج تحلیل کو واریانس عاملی آزمون نگرش های ناکارآمد، به تفکیک گروه های درمانی و پیش آزمون- پس آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معنی داری
گروه ها	۳۱۹۳/۰۸۹	۲	۱۵۹۶/۵۴۴	۲/۵۴۲	۰/۰۸۲
پیش آزمون	۹۷۲۴/۰۵۰	۱	۹۷۲۴/۰۵۰	۱۵۰۴۸۱	۰/۰۰۱
گروه ها * پیش آزمون- پس آزمون	۹۷۷۰/۲۳۳	۲	۴۸۸۵/۱۱۷	۷/۷۷۷	۰/۰۰۱

جدول ۵- میانگین و انحراف استاندارد پیش آزمون و پس آزمون نمرات آزمون BDI-II به تفکیک گروه ها

متغیر	پیش آزمون						پس آزمون					
	تلفیقی		CBT		TAU		تلفیقی		CBT		TAU	
	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M
آزمون بک II	۶/۸۶	۲۴/۶	۵/۴	۲۲/۶	۷/۸	۲۶/۱	۵/۷	۱۲/۲	۵/۱	۱۳/۶	۳/۹	۲۵/۷

جدول ۶- خلاصه نتایج تحلیل کو واریانس آزمون بک به تفکیک گروه های درمانی و پیش آزمون- پس آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معنی داری
گروه ها	۱۷۸/۸۲	۲	۸۹/۴۱	۱/۷۰۳	۰/۰۸۲
پیش آزمون	۲۳۶۸/۹۳	۱	۲۳۶۸/۹۳	۴۵/۱۱	۰/۰۰۱
گروه ها * پیش آزمون- پس آزمون	۱۱۷۸/۶۷	۲	۵۸۹/۳۳	۱۱/۲۳	۰/۰۰۱

بحث

با نگاه مجدد به اهداف این مطالعه؛ یعنی، بررسی اثربخشی روش تلفیقی و CBT بر نگرش‌های ناکارآمد، نتایج تحلیل واریانس عاملی نشان داد که هر دو شیوه، در مقایسه با روش TAU مؤثر بوده‌اند. حال چگونه می‌توان این نتیجه را تشریح نمود؟ در خصوص اثربخشی MBCT بر نگرش‌های ناکارآمد، محققین در مطالعه خود نشان داده‌اند که تمرینات مراقبه حضور ذهن، اساساً در کاهش نشخوار فکری مؤثرند و این کاهش به‌نوبه خود، باعث کاهش محتوای شناختی ناسازگار و نشانه‌های عاطفی، به‌ویژه نشانه‌های اضطرابی و افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد می‌گردند؛ به‌علاوه، از آن جایی که سطوح بالای اختلالات اضطرابی، با افسردگی همبودی دارند، پردازش‌های شناختی این اختلالات، شباهت بسیاری دارند و این می‌تواند توجیه‌کننده این باشد که MBCT، اثرات درمانی انحصاری بر افسردگی به‌تنهایی ندارد، بلکه می‌تواند شامل اختلالات اضطرابی نیز گردد. محققین نشان دادند که واریانس اشتراکی بین نگرانی و نشخوار ذهنی، یک متغیر پنهانی است، تحت عنوان افکار تکراری که هر دو را با اضطراب و افسردگی پیوند می‌دهد؛ در حالی که مطالعات، حاکی از این هستند که پردازش‌های فکری اضطراب و افسردگی، شبیه به یکدیگرند، اما محتوای آنها با یکدیگر تفاوت دارد (۱۰).

وجود نگرش‌های ناکارآمد در بیماران افسرده - به‌عنوان یکی از موضوعات آسیب‌شناختی - مورد تأکید بسیاری از نظریه‌پردازان شناختی-رفتاری قرار گرفته است (۲۴). این محققان و درمانگران تأکید می‌کنند که در درمان بیماران افسرده، تغییر نگرش‌ها هدف قرار گیرد؛ با این وجود درمانگران موج سوم، بیشتر پذیرش را مدنظر قرار می‌دهند؛ یعنی اینکه فرد بدون سعی در تغییر این افکار، بتواند با آنها کنار آید. در این مطالعه، نتایج حاکی از کاهش میزان افسردگی در هر دو گروه مورد مداخله است، اما به نظر می‌رسد که مکانیسم اثر متفاوت باشد؛ به عبارت دیگر دو نوع

پردازش اطلاعات، باعث کاهش میزان افسردگی شده است. در مطالعه‌ای که Crane و همکاران انجام دادند، به بررسی نقش نظریه تباین-خود (Self-Discrepancies) در آسیب‌شناسی روانی نگرش‌های ناکارآمد و تأثیر ذهن‌آگاهی در آسیب‌پذیری شناختی پرداختند. این محققین بیان کردند که درمان ذهن‌آگاهی، می‌تواند پردازش ناشی از وجود استانداردهای دوگانه افراد را تغییر دهد (۲۵). افرادی که از افسردگی و اختلالات هیجانی رنج می‌برند، غالباً درگیر اهداف و انتظارات خود می‌شوند و معمولاً این اهداف با مفهوم خود در آنها تباین دارد. در مطالعه آنها، فرض بر این بود که MBCT می‌تواند بدون دستکاری افکار و استانداردهای فرد، فعال‌سازی آنها را محافظت کند و از این طریق، خطر عود مجدد افسردگی کاهش یابد. MBCT ممکن است که به دو طریق عمل کند: الف - این روش افراد را ترغیب می‌سازد که مشاهده‌گر فرایندهای ذهنی خود باشند؛ افکار خود-انتقادی و قضاوت‌کننده را ببینند و بپذیرند و سعی در تمرکز بر روی آنها نداشته باشند؛ همچنین ممکن است MBCT، وسعت بروز افکار ناکارآمد را که در پاسخ به نوسانات خلقی بروز می‌یابند را محدود سازند. ۲ - تأکید بر پذیرش - خود ممکن است منجر به ارزیابی مجدد افکار ناکارآمد و تباین-خود گردد (۲۶). در نهایت نتیجه‌ای که Mezulis و همکاران می‌گیرند این است که MBCT ممکن است باعث تغییر عملکرد خود - تنظیمی و کاهش وسعت تباین بین افکار ناکارآمد گردد و این فرایند، می‌تواند منجر به کاهش علائم خلقی و نوسانات هیجانی گردد (۲۶). در این راستا، نقص نظارت فراشناختی، مهم‌تر از وجود افکار ناکارآمد در بیماران افسرده دانسته شده است؛ به عبارت دیگر، افسرده‌ها، سرعت واکنش سریع‌تری در مقایسه با غیر افسرده‌ها در مواجهه با این افکار نشان می‌دهد. شاید بتوان نتیجه گرفت که درمان MBCT به دلیل ایجاد نظارت فراشناختی، پردازش افکار ناکارآمد را مختل ساخته و فرد با آگاهی بیشتری با آن برخورد می‌کند. در MBCT، تأکید بر مشاهده و نظارت افکار، احساسات

نتیجه گیری:

این مطالعه نشان داد که دو رویکرد درمانی به کار گرفته شده، در کاهش میزان افسردگی تأثیر دارند، اما اثرات آنها بر نگرش‌های ناکارآمد متفاوت است. درمان شناختی-رفتاری سنتی، از طریق کاهش این نگرش‌ها، در افسردگی تأثیر می‌گذارد اما در رویکرد مبتنی بر ذهن آگاهی و پذیرش، افراد از طریق رابطه جدیدی که با افکار برقرار می‌کنند، احساس بهبودی بیشتری پیدا می‌کنند. همچنین به نظر می‌رسد افزودن درمان‌های روان‌شناختی به درمان‌های دارویی در درمان بیماران افسرده، باعث افزایش کارایی درمان می‌شود و افراد نتیجه بهتری از درمان رایج خود می‌گیرند.

و حس‌های بدنی به عنوان رویدادهای گذرا می‌شود. این شیوه ارتباط برقرار کردن با ذهن، ممکن است با شیوه‌هایی که در CBT مطرح می‌شوند، معارض باشد، اما به نظر می‌رسد که نتیجه نهایی؛ یعنی افزایش خلق و عملکرد بیماران افسرده، با یکدیگر شبیه باشد؛ همچنین ممکن است که حقیقتاً دیدگاه فرد در مورد خود و دنیای اطراف تغییر یافته باشد (به‌ویژه در CBT) و یا اینکه افزایش خلق، باعث کاهش نمره در این نگرش‌ها شده باشد و یا تبیین دیگری که توسط Crane مطرح گردیده، مکانیسم کاهش نمرات باشد؛ یعنی تغییرات نظارت فراشناختی، تغییر در میزان نگرش‌ها را به دنبال داشته باشد (۲۷).

منابع:

- 1- Kenny MA, Williams JMG. Treatment-resistant depressed patients show a good response to Mindfulness-based Cognitive Therapy. *Behav Res Ther*. 2007; 45(3):617-25.
- 2- Powell J, Geddes J, Deeks J, Goldacre M, Hawton K. Suicide in psychiatric hospital in-patients. Risk factors and their predictive power. *Br J Psychiatry*. 2000; 176: 266-72.
- 3- Hammen C, Brennan PA. Depressed adolescents of depressed and nondepressed mothers: tests of an interpersonal impairment hypothesis. *J Consult Clin Psychol*. 2001; 69(2): 284-94.
- 4- Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clin Psychol Rev*. 2006; 26(1): 17-31.
- 5- Ramel W, Goldin PR, Carmona PE, McQuaid JR. The Effects of Mindfulness Meditation on Cognitive Processes and Affect in Patients with Past Depression. *Cognitive Ther Res*. 2004; 28(4): 433-55.
- 6- Finucane A, Mercer SW. An exploratory mixed methods study of the acceptability and effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for patients with active depression and anxiety in primary care. *BMC psychiatry*. 2006; 6: 14.
- 7- Herbert JD, Forman EM (eds.). *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: understanding and applying the new therapies*. 1st ed. New York: John Wiley & Sons, Inc; 2010.
- 8- Marchand WR. Mindfulness-based stress reduction, mindfulness-based cognitive therapy, and Zen meditation for depression, anxiety, pain, and psychological distress. *J Psychiatr Pract*. 2012; 18(4): 233-52.
- 9- Huijbers MJ, Spijker J, Donders AR, van Schaik DJF, van Oppen P, Ruhe HG, et al. Preventing relapse in recurrent depression using mindfulness-based cognitive therapy, antidepressant medication or the combination: trial design and protocol of the MOMENT study. *BMC Psychiatry*. 2012; 12: 125.
- 10- Geschwind N, Peeters F, Huibers M, van Os J, Wichers M. Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in relation to prior history of depression: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2012; 201(4): 320-5.
- 11- Barnhofer T, Crane C, Hargus E, Amarasinghe M, Winder R, Williams JM. Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behaviour research and therapy*. 2009; 47(5): 366-73.
- 12- Teasdale JD, Segal ZV, Williams JMG, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol*. 2000; 68(4): 615-23.

- 13- Chiesa A, Serretti A. Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res.* 2011; 187(3): 441-53.
- 14- Hogarty GE, Greenwald DP, Eack SM. Durability and mechanism of effects of cognitive enhancement therapy. *Psychiatr Serv.* 2006; 57(12): 1751-7.
- 15- Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol.* 2000; 68(4): 615-23.
- 16- Williams MJ, Segal Z. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse. Translated by: Mohammadkhani P, Tammanaeefar S, Jahani Tabesh A. 1st ed. Tehran: Faradid Publication; 2005. pp: 40-55. [Persian]
- 17- Emery G. Overcomming depression: a cognitive- behavior protocol for the treatment of depression. Translated by: Mohammadkhani P, Rezaee Dogahe E. 1st ed. Tehran: Faradid publication; 2004. pp: 18-90. [Persian]
- 18- Lobbestael J, Leurgans M, Arntz A. Inter-rater reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID I) and Axis II Disorders (SCID II). *Clin Psychol Psychother.* 2011; 18(1): 75-9.
- 19- Beck AT, Steer RA, Carbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev.* 1988; 8(1): 77-100.
- 20- Dabson KS, Mohammadkhani P, Massah Choolabi O. Psychometric Characteristics of Beck Depression Inventory-II in Patients with Major Depressive Disorder. *Journal of Rehabilitation.* 2007; 8(2): 80-6. [Persian]
- 21- Weissman AN, Beck AT. Development and validation of the dysfunctional attitude scale: A Preliminary Investigation. First Annual Meeting of the Association for the Advanced Behavior Therapy. Chicago; 1978.
- 22- Beck AT, Brown G, Steer RA, Weissman AN. Factor analysis of the Dysfunctional Attitude Scale in a clinical population. *Psycholl Assessment.* 1991; 3(3): 478-83.
- 23- Gharaei B. A study of some cognitive styles in patient with comorbid Anxiety and depression [dissertation]. [Tehran]: Iran University of Medical Sciences; 1993. 177p.
- 24- Hankin BL, Abramson LY, Miller N, Haeffel GJ. Cognitive vulnerability-stress theories of Depression: Examining Affective Specificity in the Prediction of Depression Versus Anxiety in Three Prospective Studies. *Cognitive Ther Res.* 2004; 28(3): 309-45.
- 25- Crane C, Barnhofer T, Duggan DS, Hepburn S, Fennell MV, Williams JMG. Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Self-Discrepancy in Recovered Depressed Patients with a History of Depression and Suicidality. *Cognitive Ther Res.* 2008; 32(6): 775-87.
- 26- Mezulis AH, Hyde JS, Abramson LY. The developmental origins of cognitive vulnerability to depression: temperament, parenting, and negative life events in childhood as contributors to negative cognitive style. *Dev psychol.* 2006; 42(6): 1012-25.
- 27- Alloy LB, Abramson LY, Gibb BE, Crossfield AG, Pieracci AM, Spasojevic J, et al. Developmental Antecedents of Cognitive Vulnerability to Depression: Review of Findings From the Cognitive Vulnerability to Depression Project. *J Cogn Psychother.* 2004; 18(2): 115-33.

Abstract

Original Article

Comparing the efficacy of combined Mindfulness Based Cognitive Therapy with Cognitive Behavioral Therapy and Traditional Cognitive Behavior Therapy in reducing dysfunctional attitudes of patients with Major Depressive Disorder

Abdollah Omid¹, Abolfazl Mohammadi², Fatemeh Zargar³, Goodarz Akkasheh⁴

Background and Aim: Major depressive disorder is the most common psychiatric disorder having frequent relapse. One of the aspects of the pathology of depression is dysfunctional thoughts and attitudes in individuals. Cognitive-behavioral therapy (CBT) is the most widely used treatment in the active phase of the disorder; and mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) is a new treatment in the prevention of recurrence of major depressive disorder. The present study aimed at comparing the efficacy of combined MBCT with CBT and Traditional CBT in reducing of dysfunctional attitudes of patients with Major Depressive Disorder.

Materials and Methods: This clinical-experimental study was done on 90 patients randomly selected from 160 cases referring to Tehran University Consultation Centers, Shahed University and Saba Rehabilitation Clinic, all of whom met DSM-IV criteria for Major Depressive Disorder. They were divided into 3 equal groups including CBT, MBCT combined with CBT, and TAU (Treatment As Usual). The first and the second groups received psychological treatment while the third one received medications. Their age ranged between 18 and 45 years with two depression episodes and evaluated through the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID) and self-report according to Beck Depression Inventory II (BDI-II), during two pre- and post tests. The obtained data was analyzed by means of co-variance analysis.

Results: Dysfunctional attitudes scores and depression symptoms significantly decreased in combined MBCT with CBT group, while in the TAU group, there was no significant difference between pre-test and post-test.

Conclusion: MBCT combined with CBT has similar effects to classic CBT and it can lead to reducing dysfunctional attitudes and depression symptoms.

Key Words: Mindfulness Based Cognitive Therapy; Major Depressive Disorder; Cognitive-Behavior Therapy; dysfunctional attitudes

Journal of Birjand University of Medical Sciences. 2014; 20 (4): 383-392.

Received: July 15, 2012

Accepted: December 30, 2013

¹ Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, School of Medicine, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran.

² Corresponding author, Assistant Professor, Department of Psychiatry, School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran a-mohammadi@tums.ac.ir

³ Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, School of Medicine, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran.

⁴ Assistant Professor, Department of Psychiatry, School of Medicine, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran.