مقاله اصیل پژوهشی

مقایسه اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی 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 مکرّر است. یکی از زمینه‌های آسیب‌شناسی در افسردگی، وجود افکار و نگرش‌های ناکارآمد در افراد است. درمان شناختی– رفتاری، یکی از پرکاربردترین درمان‌ها در فاز فعّال این اختلال است و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، یکی از درمان‌های جدید در حوزه پیشگیری از عود اختلال افسردگی اساسی است. این مطالعه، با هدف ارزیابی اثربخشی درمان تلفیقی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی 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 نیمه‌آزمایشی و با انتخاب تصادفی در دسترس انجام شد. از بین بیماران مراکز مشاوره دانشگاه تهران، دانشگاه شاهد و کلینیک توان‌بخشی صبا، تعداد ۹۰ بیمار از بین ۱۶۰ پرونده فعال روان‌پزشکی با معیارهای تشخیصی برای اختلال افسردگی اساسی انتخاب شدند. بیماران در سه گروه ۳۰ نفره شامل: گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT)، رفتاردرمانی شناختی سنتی (CBT) و درمان متداول (TAU)، به‌طور 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 حالی‌که 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 ذهن‌آگاهی 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: شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی؛ رفتاردرمانی 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: ۵۵۴۱۹۱۵۱-۰۲۱ نمابر: ۵۵۴۱۲۷۵۶ 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[1]، به‌عنوان شایع‌ترین اختلال روانی، بار اقتصادی، هیجانی و اجتماعی بسیاری برای مبتلایان و خانواده‌های آنها و اجتماع دارد. برآورد می‌شود که شیوع دوازده ماهه این اختلال، ۱۲/۶- ۲/۹ درصد است (۱). سازمان جهانی بهداشت پیش‌بینی می‌کند که تا سال ۲۰۲۰، این اختلال، دومین بیماری بزرگ جهانی خواهد بود (۱)؛ از طرف دیگر، خطر خودکشی در چنین بیمارانی غالباً فزونی می‌یابد. یک‌هفتم از بیمارانی که برای اختلال افسردگی اساسی بستری شده‌اند، از طریق خودکشی جان خود را از دست داده‌اند (۲). افسردگی اساسی، غالباً وضعیت مزمن و فراگیری دارد و مبتلایان، عودهای مکرّری را تجربه می‌کنند. یک فرد مبتلا به MDD، حدود ۶ دوره افسردگی را در طول عمر خود تجربه می‌کند (۳). درمان‌های رفتاری-شناختی (CBT)[2]، درمان‌هایی نسبتاً مؤثّر برای اختلالات افسردگی هستند (۴) و به‌علت سادگی و کارآمدی، جزء درمان‌های معتبر و با پشتوانه تجربی، جای خود را در این‌گونه اختلالات باز کرده‌اند (۵). مطالعات نشان می‌دهند که درمان رفتاری-شناختی، در درمان افسردگی حاد مؤثّر است، اما اثرات پیشگیرانه آن مورد تردید می‌باشد (۶). پیشرفت‌های اخیر در درمان‌های جایگزین این اختلال، از جمله شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT)[3] (۷)، به‌ویژه در پیشگیری از عود آن، روی کار آمده‌اند (۸-۱۲). متاآنالیز نتایج پژوهشی نشان می‌دهد که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی که جزء درمان‌های موج سوّم است، درمان مؤثّری برای اختلال‌های افسردگی است (۱۳).

در درمان رفتاری-شناختی سنتی، از بازسازی شناختی و تغییر محتوای افکار در درمان استفاده می‌شود؛ در حالی‌که در MBCT، هدف، تغییر محتوای افکار نیست. مدل شناختی، فرض می‌کند که مکانیسم درمانی فعال، تغییر مفروضه‌های ناکارآمد و باورهای هسته‌ای بر اساس ساختاری منطقی است و به‌دنبال این تغییرات است که نشانه‌ها فروکش می‌کنند؛ درحالی که درمان‌های موج سوم، ذهن‌آگاهی و پذیرش را در شناخت‌درمانی ادغام می‌کنند و فرآیندهایی چون: تماس با زمان حال، تغییر رابطه فرد با افکار خود، کاهش سرکوبی و اجتناب از تجربه درونی، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و سرانجام تغییرات رفتاری را مورد حمایت قرار می‌دهند. در ارتباط با واسطه‌های درمانی، نگرش‌های ناکارآمد، در شکل‌گیری و دوام افسردگی، مورد توجه بسیاری از صاحب‌نظران قرار گرفته‌اند. نگرش‌های ناکارآمد، اسنادهای شناختی‌ای هستند که با آسیب‌پذیری، تداوم و عود اختلال افسردگی ارتباط دارند (۱۲). این نگرش‌ها، فرضیه‌ها و باورهای ناکارآمدی هستند که معمولاً حیطه‌هایی چون: ارزیابی، کمال‌گرایی و تأیید بین‌فردی را شامل می‌شوند.

در شیوه‌های شناختی- رفتاری، نگرش‌های ناکارآمد، از طریق تکنیک‌های خاص، مورد بازسازی قرار می‌گیرند؛ بدین صورت که درمانگر، در درجه اول، با کمک مراجع به بررسی و کشف آنها می‌پردازد و سپس از طریق چالش با افکار، سعی در تغییر آنها دارد؛ از سوی دیگر، مراجع نیز ترغیب می‌شوند تا افکار خود را شناسایی کرده و به رد آنها بپردازند (۱۴). Teasdale و همکاران (۱۵) معتقدند که بیماران افسرده، به‌واسطه ارتقای آگاهی، از این‌گونه درمان‌ها سود می‌برند. 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 نگرش‌های ناکارآمد، به‌عنوان میانجی تغییر و کاهش نشانه‌های افسردگی مورد مطالعه قرار دهیم. در واقع، از آنجایی که میزان عود به‌دنبال 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 کارآیی 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 شبه‌آزمایشی تصادفی مورد استفاده قرار گرفت که شرکت‌کنندگان، بر اساس نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند؛ بدین‌ترتیب که از سرویس‌های بالینی دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی (مرکز توان‌بخشی صبا)، مرکز مشاوره دانشگاه تهران و مرکز مشاوره دانشگاه شاهد که در فصل پاییز پرونده فعال درمانی داشتند و بالغ بر ۱۶۰ پرونده می‌شد، تعداد ۹۰ بیمار انتخاب شدند. این شرکت‌کنندگان می‌بایست بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته بر اساس DSM-IV برای اختلالات محور (Structured Clinical I Interview for DSM-IV Axis I Disorders; SCID-I) تشخیص اختلال افسردگی اساسی داشته باشند و بر اساس نظر روان‌پزشک، پیگیر فرایند درمانی خود باشند؛ سپس بیماران، به روش تصادفی ساده، در سه گروه ۳۰ نفره جایگزین شدند. گروه‌ها عبارت بودند از: گروه درمان شناختی-رفتاری (CBT)، گروه درمان ترکیبی (CBT+ MBCT) و گروه درمان متداول دارویی (TAU)[1]. گروه‌های روان‌درمانی، درمان دارویی معمول خود را نیز ادامه دادند. بیماران هر سه گروه، پس از امضای رضایت‌نامه آگاهانه کتبی، پرسشنامه افسردگی بک- نسخه دوم (BDI-II)[2]- و مقیاس نگرش‌های ناکارآمد (DAS)[3] را به عنوان پرسشنامه‌های پیش‌آزمون تکمیل نمودند و مجدداً پس از اتمام جلسات درمان، در گروه‌های روان‌درمانی CBT و CBT& MBCT همین پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند. ارزیابی‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون، توسط دو نفر کارشناس ارشد روان‌شناسی 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 مؤنّث و همگی تحت درمان روان‌پزشک بودند. معیار ورود به مطالعه عبارت از داشتن معیارهای تشخیص‌گذاری 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 می‌شد.

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 تکنیک‌های شناختی آموزش داده می‌شد. تکالیف منزل شامل انجام مراقبه و سایر تکنیک‌ها به‌طور روزانه در طول ۸ هفته بود (۱۶). در ضمن تکنیک‌های فعال‌سازی 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 شکل‌بندی 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 هیچ‌گونه مداخله‌ای ادامه دادند (داروی ضدّ افسردگی توسط روان‌پزشک). لازم به ذکر است که هیچ‌کدام از گروه‌ها، درمان دارویی خود را قطع نکردند و درمان‌های روان‌شناختی جایگزین نشدند، بلکه برای آنها، دو طرح درمان باهم به‌کار برده شد.

[1] *Treatment As Usual*
[2] *Beck Depression Inventory- II*
[3] *Dysfunctional Attitude Scale*

جدول ۱- صورت‌جلسه‌های درمان تلفیقی (CBT & MBCT)

جلسه	برنامه
اول	آموزش روان‌شناختی در مورد افسردگی، درمان تلفیقی CBT و MBCT.
دوم	فعال‌سازی رفتاری، شناخت رابطه بین خلق و فعالیت لذت‌بخش، کفایت همراه با حضور ذهن، حضور ذهن در زمان حال، شناسایی نشانه‌های 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 حس‌های 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 می‌گذرد، الزامی نیست که پاسخ‌دادن تنها راه برقراری ارتباط با افکار باشد، رابطه جدید با افکار.
ششم	مرور تکالیف خانگی: جداشدن از افکار و حضور در زمان حال، توجه به نشانگان 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 به‌ذهن‌آوردن عمدی مشکلات و ایجاد رابطه متفاوت با آنها، تکالیف منزل.
هشتم	بازنگری مطالب گذشته، برنامه فعالیت برای پیشگیری از عود، استفاده از مطالب آموخته‌شده برای حالات خلقی بعدی

جدول ۲- صورت جلسه‌های درمان شناختی- رفتاری

جلسه	صورت‌جلسه‌ها
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 نشانه‌های 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 با ورهای متضاد، تکلیف خانگی
نهم	آماده‌شدن برای خاتمه درمان، مرور تکالیف خانگی، تکمیل پرسشنامه رضایت از درمان
دهم	پایش وضعیت موجود، آموزش ارزیابی پیشرفت کار، ثبت افکار

ابزارهای اندازه‌گیری

الف- مصاحبه بالینی ساختاریافته (SCID-I) بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-IV: یک ابزار جامع استاندار برای ارزیابی جامع اختلال‌های روان‌پزشکی 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 نشانه‌های افسردگی ساخته شده است (۱۹) و برای بزرگسالان و نوجوانان ۱۳ ساله و بالاتر به‌کار می‌رود. این پرسشنامه شامل ۲۱ آیتم بوده و توسط خود آزمودنی اجرا می‌شود. حداکثر نمره آزمودنی ۶۳ است که حاکی از نشانه‌های بیشتر افسردگی می‌باشد. طبقه‌های 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 نگرش‌های ناکارآمد (DAS): این مقیاس توسط Weissman و Beck ارائه شده است (۲۱) و هدف آن، اندازه‌گیری الگوهای فکری ناسازگار و شناخت‌های ناکارآمد است و قابلیت کاربرد برای بزرگسالان دارد. این مقیاس، شامل ۱۰۰ آیتم بوده که شناخت‌های مرتبط با افسردگی را می‌سنجد و پاسخ‌ها را بر اساس مقیاس لیکرت، با

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 به‌دست آمده است و با استفاده از روش تنصیف، ضریب آلفای آن بین ۰/۸۸ تا ۰/۹۷ و بین BDI و DAS، همبستگی ۰/۴۱ به‌دست 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 تحت‌تأثیرگذاشتن، پرهیز از نشان‌دادن ضعف، کنترل بر هیجانات و عدم تأیید وابستگی می‌باشد (۲۲). این مقیاس، نسبت به شناخت‌درمانی حساسیت دارد و می‌تواند چگونگی پاسخ به درمان را نشان دهد؛ همچنین پایایی آن به‌روش بازآزمایی در یک گروه ۳۰ نفری، برابر 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، مستلزم فعالیت بسیاری، از طرف شرکت‌کنندگان است و باید هم به‌دلیل اجرای دقیق روش‌ها و هم به‌دلیل ملاحظات اخلاقی، شرکت‌کنندگان دارای تعهد اخلاقی باشند.

یافته‌ها

از آنجایی که حجم نمونه هر گروه، ۶۰ نفر (در پیش‌آزمون و پس‌آزمون) بوده و با توجه به قضیه حدّ مرکزی، نیازی به نرمال‌کردن 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.

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

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

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

همان‌طور که در جدول بالا مشاهده می‌شود، بین گروه‌های درمانی، تفاوت معنی‌داری مشاهده نمی‌شود (F=۲/۵۴، P>۰/۰۵)؛ از طرف دیگر، اثر پیش‌آزمون (F=۱۵/۴۸، P<۰/۰۱) نشان می‌دهد که تأثیر معنی‌داری داشته، اما با کنترل این اثر، ملاحظه می‌شود که تفاوت (F=۷/۷۷) با P<۰/۰۱ معنی‌دار است؛ یعنی، مداخلات درمانی، باعث اختلاف معنی‌دار بین گروه‌ها گردیده‌اند.

برای آزمون اولین فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخشی روش تلفیقی و CBT در مقایسه با TAU در درمان افسردگی بیماران، داده‌های حاصل از پیش‌آزمون و پس‌آزمون پرسشنامه افسردگی Beck دو (BDI II) مورد تحلیل قرار گرفتند. جدول ۵، میانگین و انحراف استانداردهای گروه‌های سه‌گانه درمانی را نشان می‌دهد. چنانچه درمان تلفیقی، اثر بیشتری در درمان افسردگی داشته باشد، باید نسبت به دو گروه دیگر دارای تفاوت معنی‌دار باشد.

با نگاهی اجمالی به میانگین‌های گروه‌ها، می‌توان مشاهده نمود که هر سه گروه در مرحله پس‌آزمون، در متغیرهای مورد مطالعه کاهش داشته‌اند. به‌منظور ارزیابی فرضیه مورد نظر، از آزمون تحلیل کو- واریانس عاملی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۶ ارائه شده است.

به‌منظور بررسی تفاوت معنی‌دار بین گروه‌های مختلف پژوهش، از آزمون تعقیبی شفه استفاده شد. آزمون شفه، تفاوت معنی‌داری را از نظر تفاضل نمره پیش‌آزمون و پس‌آزمون نگرش‌های ناکارآمد بین گروه‌ها 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 معنی‌دار بود اما بین گروه تلفیقی و شناخت‌درمانی، تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد؛ از طرف دیگر، گروه TAU با گروه‌های تلفیقی و CBT، در تفاضل نمرات مورد نظر اختلاف معنی‌داری نشان داد.

جدول ٤- خلاصه نتایج تحلیل کو واریانس عاملی آزمون نگرش‌های ناکارآمد، به تفکیک گروه‌های درمانی و پیش‌آزمون- پس‌آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری
گروه‌ها	۳۱۹۳/۰۸۹	۲	۱۵۹۶/۵۴۴	۲/۵۴۲	۰/۰۸۲
پیش‌آزمون	۹۷۲۴/۰۵۰	۱	۹۷۲۴/۰۵۰	۱۵۰۴۸۱	۰/۰۰۱
گروه‌ها *پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۹۷۷۰/۲۳۳	۲	۴۸۸۵/۱۱۷	۷/۷۷۷	۰/۰۰۱

جدول ٥- میانگین و انحراف استاندارد پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمرات آزمون BDI-II به تفکیک گروه‌ها

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

جدول ٦- خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس آزمون بک به تفکیک گروه‌های درمانی و پیش آزمون- پس آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری
گروه‌ها	۱۷۸/۸۲	۲	۸۹/۴۱	۱/۷۰۳	۰/۰۸۲
پیش آزمون	۲۳۶۸/۹۳	۱	۲۳۶۸/۹۳	۴۵/۱۱	۰/۰۰۱
گروه‌ها *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 حالی‌که مطالعات، حاکی از این هستند که پردازش‌های فکری اضطراب و افسردگی، شبیه به یکدیگرند، اما محتوی 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؛ به‌عبارت دیگر، افسرده‌ها، سرعت واکنش سریع‌تری در مقایسه با غیر افسرده‌ها در مواجه با این افکار نشان می‌دهد. شاید بتوان نتیجه گرفت که درمان MBCT به‌دلیل 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

و حس‌های بدنی به‌عنوان رویدادهای گذرا می‌شود. این شیوه ارتباط برقرارکردن 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).

نتیجه‌گیری:

این مطالعه نشان داد که دو رویکرد درمانی به‌کار گرفته‌شده، 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 ذهن‌آگاهی 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 کارآیی درمان می‌شود و افراد نتیجه بهتری از درمان رایج خود می‌گیرند.

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, Soulsbuy 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 Omidi[1], Abolfazl Mohammadi[2], Fatemeh Zargar[3], Goodarz Akkasheh[4]

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.*