

## درمان شناختی - رفتاری افسردگی<sup>۱</sup>

نیل اس جاکوبسون از دانشگاه واشنگتن و همکاران از دانشگاه کالگری/ ترجمه: محمد حسین بیاضی<sup>۱</sup>

چکیده:

هدف این مطالعه انجام یک آزمون تجربی از تئوری تغییر<sup>۲</sup> بود که توسط آ. تی. بک<sup>۳</sup>، آ. جی. راش<sup>۴</sup>، بی. اف. شاو<sup>۵</sup> و جی. امری<sup>۶</sup> (۱۹۷۹) در جهت تبیین اثر بخشی درمان‌شناختی - رفتاری<sup>۷</sup> (CT) افسردگی ارائه شده است. مقایسه بر روی تعداد ۱۵ نفر از بیماران سرپایی مبتلا به افسردگی اساسی انجام شد که بطور تصادفی تحت سه موقعیت درمانی قرار گرفتند: (۱) درمانی که منحصر بر مؤلفه فعالسازی رفتاری<sup>۸</sup> (BA) در CT متمرکز است، (۲) درمانی که هم شامل BA و هم آموزش مهارت‌هایی است که برای اصلاح افکار خود آیند (AT)<sup>۹</sup> بکار می‌روند. اما مؤلفه‌های CT که بر طرخوااره مرکزی<sup>۱۰</sup> متمرکز است را شامل نمی‌شود و (۳) درمان کامل CT. چهار نفر از شناخت درمانگران با تجربه تمام درمانها را برعهده داشتند، علیرغم پیوستگی و یکپارچگی عالی پروتکل‌های<sup>۱۱</sup> درمانی که توسط درمانگران اجرا شد یک سوگیری واضح کفایت عملکرد CT را تحت تأثیر قرارداد. به این معنی که شواهدی بدست نیامد که نشان دهد درمان کامل CT بلافاصله بعد از پایان درمان و یا بعد از ۶ ماه دوره پیگیری نسبت به درمان مؤلفه‌ای (BA یا AT) نتایج بهتری را ایجاد می‌کند. علاوه بر این هر دو شیوه درمان‌های BA

<sup>۱</sup> عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام

<sup>۲</sup> - Theory of change

<sup>۳</sup> - A.T.Beck

<sup>۴</sup> - A.J.Rush

<sup>۵</sup> - B.F.Shaw

<sup>۶</sup> - G.Emery

<sup>۷</sup> - Cognitive-Behavior Therapy

<sup>۸</sup> - Behavioral Activation

<sup>۹</sup> - Automatic thoughts

<sup>۱۰</sup> - Core schema

<sup>۱۱</sup> - Protocol

و AT مانند CT در تغییر تفکر منفی به خوبی تغییر دادن الگوهای اسنادی ناکارآمد مؤثر بودند. بالاخره اینکه الگوی اسنادی به خوبی براساس نتایج کوتاه مدت و بلند مدت موقعیت BA قابل پیش‌بینی بود. اما براساس موقعیت CT امکان پذیر نبود.

#### ABSTRACT:

*The purpose of this study was to provide an experimental test of the theory of change put forth by A. T. Beck, A. J. Rush, B. F. Shaw, and G. Emery (1979) to explain the efficacy of cognitive-behavioral therapy (CT) for depression. The comparison involved randomly assigning 150 outpatients with major depression to a treatment focused exclusively on the behavioral activation (BA) component of CT, a treatment that included both BA and the teaching of skills to modify automatic thoughts (AT), but excluding the components of CT focused on core schema, or the full CT treatment. Four experienced cognitive therapists conducted all treatments. Despite excellent adherence to treatment protocols by the therapists, a clear bias favoring CT, and the competent performance of CT there was no evidence that the complete treatment produced better outcomes, at either the termination of acute treatment or the 6 month follow-up, than either component treatment. Furthermore, both BA and TA treatments were just as effective as CT at altering negative thinking as well as dysfunctional attributional styles. Finally, attributional style was highly predictive of both short- and long-term outcomes in the BA condition, but not in the CT condition.*

مدل شناختی افسردگی (بک، راش، شاور و امری، ۱۹۷۹) اشاره دارد به اینکه افراد افسرده طرح‌واره‌های شناختی ثابتی دارند. همچنین به پیش‌فرضهای زیربنایی اشاره دارد. که در نتیجه یادگیریهای اولیه بوجود می‌آیند. این طرح‌واره‌ها افراد را مستعد می‌کند تا رویدادهای زندگی را بصورت منفی تعبیر نمایند. مانند تحریفهای شناختی افکار خود آیند (ATS) که در نهایت منجر می‌شود به اینکه فرد افسرده رفتارهای افسردگی نشان دهد.

درمان شناختی- رفتاری CT افسردگی شامل مداخلاتی است که بروی رفتار قابل مشاهده، تفکرات خود آیند ناکارآمد<sup>۱</sup> و طرح‌واره‌ها یا ساختارهای شناختی استنتاج شده زیربنایی انجام می‌شود.

درمان براساس یک شیوه تحول‌یابنده قرار دارد که در آن: درمانگر ابتدا بر روی تغییر رفتار آشکار متمرکز می‌شود، به مراجع برای ارزیابی و در صورت لزوم تصحیح تحریفهای وابسته به موقعیت<sup>۲</sup> در تفکر آموزش می‌دهد. و بالاخره در جهت شناسایی و اصلاح کردن هر چه بیشتر طرح‌واره‌های پایدار افسردگی و ساختارهای شناختی فرض شده تلاش می‌کند.

<sup>1</sup>- Dysfunctional Automatic Thought

<sup>2</sup>- Situation- Specific distortion

تعدادی از محققان سوئدمندی بالینی CT برای افسردگی را تأیید کرده‌اند. در این خصوص دابسون (۱۹۸۹) براساس یک مطالعه فرا تحلیلی اشاره دارد به اینکه CT یک درمان قوی بوده و احتمالاً بسیار مؤثرترند از رفتاردرمانی، دارودرمانی و سایر شیوه‌های درمانی و یا موقعیت‌های درمانی که گروه کنترل<sup>۱</sup> دارند می‌باشند.

بعضی از مطالعات این نتایج را زیر سؤال برده‌اند (هولون، شلتون و لووسن، ۱۹۹۱) بخشی از این انتقادات مربوط به برنامه پژوهشی مشترک درمان افسردگی<sup>۲</sup> (TDCRD، الکین و همکاران ۱۹۸۹) می‌باشد. با وجود این حتی در TDCRD نیز CT تأثیر درازمدتی را نشان می‌دهد که اگر نه بیشتر حداقل به اندازه دارودرمانی یا درمان بین فردی بادوام است (شیا و همکاران ۱۹۹۲). بک و همکارانش کاملاً بر روی عناصر فرضی فعال در CT متمرکز شدند در سراسر راهنمای درمانی آنها (بک و همکاران ۱۹۷۹) مداخلات درمانی معطوف به طرحواره‌های شناختی شامل مکانیزم‌های تغییر فعال می‌باشند. علی‌رغم این وضوح مفهومی، درمان از ابعاد گسترده‌ای برخوردار می‌باشد به گونه‌ای که تعدادی از مقادیر متناوب در اثربخشی آن محتمل است. ما دو فرضیه اولیه رقیب: «فرضیه فعالسازی»<sup>۳</sup> و «فرضیه مهارت‌های مقابله‌ای»<sup>۴</sup>، را انتخاب نمودیم.

براساس فرضیه فعالسازی CT تغییرات را از خلال فعالسازی مراجعان ایجاد می‌کند به اینصورت که آنها را برمی‌انگیزد تا به طور مداوم فعال باشند و خودشان را در ارتباط با منابع قابل دسترس تقویت قرار دهند. مداخلات فعالسازی نقش اساسی را به ویژه در مراحل اولیه CT دارد و عامل اصلی اثر بخشی این شیوه درمان است. این نکته روشن شده است که بیشترین میزان تغییرات در طی CT در خلال چند هفته اول روی می‌دهد (راش، بک، کواکس و هولون ۱۹۷۷). دوره‌ای که در آن فعالسازی مراجعان نقش برجسته‌ای را در درمان دارد. مطالعات قبلی که نشان می‌دهد CT از روش فعالسازی رفتاری BA مؤثرتر است (به عنوان نمونه شاو، ۱۹۷۷) ممکن است به مطالعاتی اشاره کرده باشند که در آنها از راهبردهای فعالسازی‌ای استفاده کرده‌اند که به خوبی راهبردهای فعالسازی CT نیستند. اگر یک شیوه درمانی که کاملاً براساس مداخلات فعالسازی قرار دارد به اندازه CT مؤثر می‌بود، الگوی

<sup>۱</sup>- *Waiting- list control conditions*

<sup>۲</sup>- *Treatment of depression collaborative Research program.*

<sup>۳</sup>- *Activation hypothesis.*

<sup>۴</sup>- *Coping skills hypothesis.*

شناختی تغییر در CT (که مداخلات ضروری را برای اثربخشی CT الزامی می‌سازد) زیر سوال می‌رفت.

علاوه بر این سوالات نظری مهم، مداخلات کاربردی مهمی نیز وجود دارد: آیا مداخلات شناختی مفصل و جامعی‌ای وجود دارد که مستقیماً برای تعدیل طرحواره‌های مرکزی طراحی شده باشد؟ امکان دارد که مجموعه اندکی از شیوه‌های درمانی وجود داشته باشند که اثرات قابل مقایسه دارند.

فرضیه دومی که می‌تواند اثر بخشی CT را توضیح دهد فرضیه مهارت‌های مقابله‌ای است. براساس این فرضیه، مراجعان یاد می‌گیرند که با رویدادهای افسرده کننده و تفکر افسردگی زا در طی CT مقابله کنند و این شامل مجموعه نوینی از مهارت‌ها است که همراه با فعالسازی برای کاهش رفتارهای افسردگی بکار می‌رود. به عبارت دیگر، ساختارهای شناختی مرکزی تغییری نمی‌کند بلکه افراد راهبردهای کنار آمدن مؤثر برای مواجهه با رویدادهای استرس‌زای زندگی و افکار خود آیند AT مرتبط با این رویدادها را می‌آموزند. چنانچه ایجاد تغییر در افسردگی مراجعان منوط به ایجاد تغییرات ساختاری در طرحواره مرکزی باشد، در این صورت CT در مقایسه با درمانی که در آن تنها به آموزش شیوه اصلاح تفکر ناکار آمد خود آیند<sup>۱</sup> در موقعیت‌های خاص پرداخته می‌شود. به طور معنی‌داری اثر بخشتر خواهد بود.

برای آزمون فرضیه‌های مذکور ما یک طرح آزمایشی را اجرا کردیم که در آن سه شیوه درمان افسردگی اساسی در بزرگسالان مورد مقایسه قرار گرفتند. شیوه اول تنها شامل فعالسازی رفتاری (درمان BA) بود روش دوم هم شامل BA و هم کار بر روی AT یا (درمان AT) بود و بالاخره سومین شیوه درمان شامل اجرای شناخت‌درمانی کامل افسردگی، (درمان CT) بود. درمان CT کامل نه تنها شامل کاربر روی BA و AT می‌باشد بلکه مستقیماً بر روی شناسایی و تعدیل طرحواره افسردگی‌زای مرکزی نیز تمرکز دارد. براساس نظریه شناختی افسردگی C T باید به طور معنی‌داری بهتر از AT عمل کند که AT نیز به نوبه خود به طور معنی‌داری بهتر از BA عمل می‌کند.

هدف دوم مطالعه حاضر آزمون همبستگی‌های موجود بین تغییرات مکانیزم‌های اختصاصی و پیامدهای آن در طی درمانها و بعد از آنها بود. برای مثال، سوای اینکه آیا BA بخوبی CT عمل می‌کند یا خیر سوال این بود که آیا CT در تعدیل طرحواره شناختی موفقتر از BA

<sup>۱</sup>- Automatic dysfunctional thinking.

است؟ به عبارت دیگر آیا درمانهای مختلف به شیوه متفاوتی بر روی فرایندهایی که انتظار می‌رود تأثیر بگذارند عمل می‌کنند؟ سوال دیگر مربوط به این قضیه است که آیا سه شیوه درمانی سوای اثر بخشی نهایی آنها از مکانیزمهای متفاوتی برای اثر گذاری برخوردارند. برای مثال ممکن است که B A به خوبی CT عمل کند اما با دلایل متفاوت آیا متغیرهایی که با یک پاسخ درمان مثبت فشرده همبسته است در طی درمان تفاوتی می‌کنند؟ انتظار این است که BA همبستگی قوی‌تری با پیامد مربوط به موقعیت BA داشته باشد تا موقعیت CT. علاوه بر این شناخت اینکه چگونه درمانها باعث تغییر می‌شود صرف نظر از این که چگونه آنها به خوبی عمل می‌کنند از موارد مورد علاقه بود.

#### روش نمونه:

نمونه مورد مطالعه ۱۵۲ نفر از آزمودنی‌هایی بود که براساس راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی<sup>۱</sup> (سومین ویرایش تجدید نظر شده: DSM-III-R انجمن روانپزشکی آمریکا ۱۹۷۹) دارای تشخیص افسردگی اساسی بوده و در پرسشنامه افسردگی بک<sup>۲</sup> (BDI)، بک و همکاران، ۱۹۷۹) دارای حداقل نمره ۲۰ بوده و دارای نمره ۱۴ یا بیشتر در مقیاس ۱۷ آیتمی افسردگی هامیلتون (HRSD، هامیلتون<sup>۳</sup>، ۱۹۶۷) بودند.

تشخیص‌های مربوط به DSM-III-R براساس مصاحبه بالینی سازمان یافته در DSM-III-R قرارداد شد (SCID؛ اشپیتز، ویلیامز و گیبون، ۱۹۸۷) به طور اساسی آموزش به وسیله مایکل فرست<sup>۴</sup> از گروه تحقیق زیست‌سنجی در انستیتوی روانپزشکی ایالتی نیویورک جانشین S CID توسعه یافت، فراهم شد. آموزشها و سرپرستی‌های بعدی بوسیله دونامیلر<sup>۵</sup> روانپزشک با تجربه و کارشناس مصاحبه‌گر SCID فراهم آمد. مصاحبه‌ها توسط دانشجویان دوره دکتری روانشناسی بالینی که بدقت آموزش دیده و تحت سرپرستی میلر بودند اجرا شد. نمره‌گذاران<sup>۴</sup> و درجه‌بندی‌کنندگان درباره شرایط درمان چیزی نمی‌دانستند. اعتبار درونی درجه‌بندی کننده‌ها

<sup>۱</sup> - *Diagnostic and statistical Manual of Disorders.*

<sup>۲</sup> - *Beck Depression Inventory.*

<sup>۳</sup> - *Hamilton Rating Scale for Depression.*

<sup>۴</sup> - *Michael First*

<sup>۵</sup> - *Donna miller*

4- *Raters*

بین درجه‌بندی‌کنندگان SC ID و میلر براساس درصد دفعاتی که میلر و درجه‌بندی‌کنندگان در تشخیص‌های اولیه توافق داشتند، ۹۰٪ بود علاوه بر این نمره‌گذاران درباره اینکه کدامیک از نوارهای مصاحبه توسط میلر درجه‌بندی شده بود اطلاعی نداشتند.

همزمان، HRSD به ضمیمه SCID اجرا شد. در مطالعه قلبی گروه تحقیقی، HRSD را بازنویسی کردند تا قابل الحاق به یک مصاحبه تشخیصی سازمان یافته باشد (وایزمن و همکاران، ۱۹۸۹) این نسخه از HRSD دارای معیارهای روانسنجی بسیار خوبی است و از اعتبار بالایی برخوردار می‌باشد. علاوه بر این با وجودی که آن یک مصاحبه بالینی است اما بدون اینکه در اعتبار آن خللی وارد شود توسط تکنسین‌ها قابل اجرا می‌باشد. نمره‌گذاران (درجه‌بندی‌کنندگان) از شرایط درمان آزمودنیها و نیز از اینکه کدامیک از نوارها برای اندازه‌گیری اعتبار مصاحبه ارزیابی می‌شوند اطلاعی نداشتند.

۸۰٪ از آزمودنیها مستقیماً توسط گروه همکاری سلامتی<sup>۱</sup>، بزرگترین سازمان حفظ سلامتی<sup>۲</sup> (HMO) در ایالت واشینگتن ارجاع شده بودند. بقیه آزمودنیها از طریق آگهی‌های سرویس عمومی انتخاب شدند. از حدود ۱۵۲ آزمودنی اصلی که تحت مطالعه قرار گرفتند، ۱۱۰ نفر زن و ۴۲ نفر مرد بودند. تعداد ۱۳۷ نفر از آزمودنیها دوره درمان را کامل کردند. (حداقل ۱۲ جلسه درمان را طی کردند). بنابراین تعداد ۱۵ نفر از آزمودنیها (۸٪ آنها) از جزیان مطالعه حذف شدند.

معیارهای که برای مستثنی کردن آزمودنیها بکار رفت شامل تعدادی از اختلالات روانپزشکی همزمان با افسردگی اساسی: اختلال دو قطبی، زیر مجموعه‌های روانپزشکی افسردگی، اختلال وحشت‌زدگی، اعتیاد به الکل یا سایر موارد سوء مصرف مواد، اسکیزوفرنی و یا اختلال اسکیزوفرنی شکل، سندرم عضوی مغز و عقب‌ماندگی ذهنی بود.

ماه‌مچنین آزمودنیهایی را که همزمان تحت سایر شیوهای روان‌درمانی بودند یا دارو دریافت می‌کردند یا به جهت جلوگیری از اقدام به خودکشی در بیمارستان بستری شده بودند را مستثنی کردیم. در ادامه بعد از اینکه آزمودنیها جهت مطمئن شدن از معادل بودن آنها براساس متغیرهای زیر: تعداد دوره‌های قبلی افسردگی، وجود یا عدم دیس تایمی<sup>۳</sup>، شدت افسردگی،

<sup>1</sup> - Group Health Cooperative

<sup>2</sup> - Health Maintenance Organization

<sup>3</sup> - Dysthymia

جنسیت و وضعیت تاهل (متاهل، مطلقه، مجرد) یا بیوه) همتا شدند به طور تصادفی به سه گروه تقسیم شده و هر کدام تحت یکی از شرایط درمان قرار گرفتند.

جدول شماره ۱ میانگین و انحراف استانداردهای مربوط به متغیرهای جمعیت‌شناختی را نشان می‌دهد، ما در ابتدا همبستگی بین این متغیرها را با اندازه‌های اولیه مربوط به نتایج درمانی محاسبه نمودیم تا ببینیم که آیا آنها در تحلیل اولیه ما دارای تغییرات همگام هستند یا خیر.

هیچکدام از این متغیرها (جنسیت، سطح تحصیلات و وضعیت تاهل و یسا درصد فقازبها<sup>۱</sup>) همبستگی معنی‌داری را با نمرات پس درمان BDI و HRSD و یا تغییرات مربوطه به اندازه‌های شدت افسردگی از پیش درمان به پس درمان نشان ندادند. همچنین تفاوت‌های معنی‌داری بین هر کدام از این متغیرها در موقعیت‌های درمانی مشاهده نشد و شیوه‌های درمانی تفاوتی در نمرات BDI در پیش‌درمان نداشتند. با وجود این مراجعانی که درمانهای CT و AT را دریافت کردند در مقایسه با آنها نیکه درمان BA را دریافت نمودند به طور معنی‌داری  $F(۲,۱۴۸) = ۳/۵۲$  و  $P < ۵\%$  نمرات بالاتری را در BDI داشتند.

## درمانگران

چهار نفر درمانگر شناختی با تجربه مسئول اجرای درمان در تمام سه موقعیت درمانی بودند سن متوسط آنها ۴۳/۵ سال (بین ۳۷ تا ۴۹ سال) بود و به طور متوسط دارای ۱۴/۸ سال سابقه تجربه کار بالینی (بین ۷ تا ۲۰ سال) بودند آنها بعد از آموزش رسمی‌شان به طور میانگین دارای ۹/۵ سال سابقه اجرای درمانهای شناختی بودند (بین ۸ تا ۱۲ سال). هر چهار درمانگر حداقل در یک آزمایش بالینی قبلی که در آن به عنوان درمانگران پژوهشی در درمان CT نقش داشتند مشارکت کرده بودند. علی‌رغم اینکه آنها دارای تجربه قبلی بودند یکسال وقت صرف آموزش درمانگران و هدایت آنها برای شناخت درمانهای مؤلفه‌ای (AT, BA) شد. سه راهنمای درمانی برای این مطالعه ساخته شد. برای هر موقعیت درمانی یک راهنما، تمام راهنماها براساس راهنمای اصلی CT قرار داشت (بک و همکاران، ۱۹۷۹) اما در بردارنده خطوط راهنمای ویژه‌ای برای اجرای مداخلات تجویزی و ممنوع شده برای هر موقعیت درمانی بود.

<sup>۱</sup>- Caucasian

ما یک سیستم نظارت را برای اجرای پیوسته و منظم موافقت‌نامه (پروتکل) درمانی ایجاد کردیم. یکی از همکاران نویسندگان (کیت، اس دابسون) ۲۰٪ از کل نوارهای شنیداری جلسات درمان را به طور تصادفی انتخاب و به آنها گوش کرد چنانچه درمانگران از موافقت‌نامه درمان عدول می‌کردند بلافاصله مورد بررسی قرار می‌گرفت. علاوه بر این گردهمایی‌های ماهانه توسط نیل، اس جاکوبسن و کیت، اس دابسون و مجریان پروژه، و تمام درمانگران برای بحث در مورد ابهامات مربوط به موافقت‌نامه درمان یا موضوعات مربوط به درمان برگزار می‌شد. درمانگران تشویق شدند تا ابهاماتی را که در جلسات قبلی درمان با آن مواجه بودند یا مواردی که ممکن بود. در جلسات بعدی مواجه شوند را علامت بزنند. بالاخره همانطور که ما قبلاً توصیف نمودیم میزان پیوستگی و پایداری به طور منظم و مستقل از شیوه‌های درجه بندی اندازه‌گیری شد.

### درمانها موقعیت BA

بر اساس راهنمای CT بک و همکاران (۱۹۷۹)، یک راهبرد اولیه و مشترک عبارت است از شناسایی مشکلات رفتاری و استفاده از مجموعه‌ای از مداخلات درمانی که برای فعال‌سازی افراد در محیط طبیعی آنها بکار می‌رود. این راهبردهای اولیه اکثراً شامل فعالیتهای نیمه سازمان یافته می‌باشد. فهرست مداخلات مربوط به فعال‌سازی شامل موارد زیر است: الف) بازیابی فعالیتهای روزانه ب) ارزیابی میزان تسلط و لذت حاصل از پرداختن به این فعالیتهای ج) گمارش و انتخاب افزایشی تکالیف دشوارتر که انتظار می‌رود به احساس لذت و تسلط بینجامد د) تمرین شناختی فعالیتهای برنامه‌ریزی شده که براساس آن آزمودنیها خودشان را درحال انجام فعالیتهای تصور می‌کنند که با قصد یافتن عواملی که مانع از تصور لذت و تسلط مورد انتظار در آن رویدادها می‌باشد انجام می‌شود. ه) بحث در مورد مشکلات ویژه (مثلاً اشکال در خواب رفتن) و توصیف تکنیکهای رفتاردرمانی مورد نیاز برای مواجهه با آنها مداخلات مربوط به بهبود بخشیدن به ظرفیت مهارتهای اجتماعی (مانند، جرات‌آموزی و مهارتهای ارتباطی) در موقعیت BA فعال‌سازی شامل ۲۰ جلسه مجزا می‌باشد. فعال‌سازی و اصلاح افکار ناکارآمد (موقعیت AT).

بر اساس برنامه CT فعال‌سازی اولین زمینه‌ای است که در ارزیابی و اصلاح افسردگی بکار می‌رود. بنابراین اگر چه این امکان وجود دارد که یک موافقت‌نامه (پروتکل) کامل را در زمینه این مداخلات رفتاری سازمان داد بک و همکارانش (۱۹۷۹) طرفدار حرکت نسبتاً سریعتر



درمانگر بسوی استفاده از مداخلات شناختی می‌باشند. تعدادی از تکنیکها در جهت شناسایی و تعدیل افکار ناکار آمد خود آیند بوجود آمده‌اند. بطور اختصاصی درمانگران شناختی به تحریفهای شناختی گوش می‌دهند که تفاسیر منفی از رویدادهای متفاوتی هستند که تسریع‌کننده احساسات غمگینی و رفتار افسردگی هستند. درمانگر شناختی نوعاً به عقب برمی‌گردد تا از مداخلات فعال‌سازی در شروع ارزیابی الگوهای منفی استفاده نمایند و به مراجعان آموزش دهد تا از این تفکرات آگاهی یابند و نسبت به اصلاح آنها تلاش کنند در درون این چهارچوب کلی، تعدادی از تکنیکهای متفاوت برای ارزیابی و تعدیل افکار ناکار آمد بوجود آمده است. این تکنیکها شامل موارد زیر است: (a) مورد توجه قرار دادن چرخه‌های خلقی در جلسات درمانی و جستجو افکاری که پیش آیند این چرخش خلقی است (b) استفاده از دفترچه ثبت افکار ناکار آمد بصورت شکلی از دفترچه یادداشت روزانه فردی که در آن مراجعان رویدادهای مشکل‌زای اختصاصی و انواع تفکراتی که این رویدادها را در برگرفته‌اند یادداشت می‌کند. (c) آزمون مجدد افکار مربوط به موقعیت اختصاصی و تعیین اینکه آیا رویدادها دربردارنده انواع نتیجه‌گیریهایی است که بیمار درباره آن ترسیم نموده است. (d) کمک به بیماران برای آموختن نحوه پاسخگویی کارآمدتر و اثرگذار نسبت به افکار منفی. (e) بررسی احتمال سوگیریها یا اشتباهات اسنادی در قضاوت مراجعان نسبت به علل موفقیتها و شکستهایشان در زندگی. (f) ارائه تکالیف منزل که در آنها مراجعان به ارزیابی اعتبار و صحت تعبیر و تفسیرهای منفی خودشان می‌پردازند. در این مطالعه، در موقعیت AT از تمام مداخلات مربوط به موقعیت BA و مواردی که قبلاً بیان شد استفاده شده است تنها محدودیت این موقعیت فرصت کار بر روی عقاید و طرحواره‌های موکزی بود.

### موقعیت CT :

CT در شکل کامل خود دربردارنده روشهای شناسایی و اصلاح الگوهای عمومی‌تر تفکراتی است که پایدار بوده و فرض می‌شود که علل تحریفهای شناختی و احساسات منفی است. تعدادی از مداخلات اختصاصی وجود دارد که مخصوص درمانگرانی است که برای تعدیل طرحواره‌ها تلاش می‌کنند. آنها شامل موارد زیر هستند: (a) استفاده از روش، (فلش بسوی پائین) تکنیکی که در آن درمانگر از مراجع می‌خواهد که درباره نحوه ظاهر شدن مشکلات معین توضیح دهد که این امر به درمانگرا اجازه می‌دهد انواع متفاوتی از مسائل مربوطه را فرضیه‌سازی کرده و به تدریج عقاید هسته‌ای را شناسایی کند. (b) شناسایی واضح فرضهای

زیربنائی و عقاید هسته‌ای که یا از طریق گزارش مستقیم مراجع و یا بوسیله تعبیر و تفسیرهای درمانگر میسر می‌شود. (C) شناسائی فرضهای متناوب یا باورهای هسته‌ای (مرکزی). (d) بحث در مورد مزایا و معایب نگهداری فرضهای متناوب یا باورهای هسته‌ای (مرکزی). (e) بحث در مورد مزایای کوتاه مدت و بلند مدت فرضها یا باورهای متناوب. (f) تعیین تکالیف خانگی که در بیماران فرصت می‌دهد که اولاً مشخص کنند که آیا آنها واقعا از فرضها یا باورهای مرکزی مشخصی هنگام مواجه با موقعیتهای گوناگون زندگی‌شان استفاده می‌کنند و دوما کاربرد سایر فرضها را در آن موقعیت‌ها مورد کاوش قراردهد. (g) استفاده از تکنیکهای یکسان شامل اصلاح فکر ناکارآمد که در اینجا استثنا در مورد باورهای هسته‌ای بکار می‌روند و نه در مورد تفکر ناکارآمد وابسته به موقعیت. در این مطالعه، موقعیت CT امکان استفاده از دامنه کاملی از مداخلات CT, AT, BA را فراهم ساخت. با این وجود در جهت اطمینان از آزمون رضایت‌بخش فرضیه طرحواره هسته‌ای مانیاز به حداقل هشت جلسه تمرکز اولیه بر روی کار فرضی داشتیم.

### اندازه‌های نتایج

تمام آزمودنیها در قبل از شروع درمان، در پایان دوره درمان و در ۶، ۱۲، ۱۸ و ۲۴ ماه دوره پیگیری مورد ارزیابی قرار گرفتند. در این مقاله تنها نتایج مربوط به پایان دوره درمان و نتایج مربوط به ۶ ماه دوره پیگیری گزارش شده‌اند. ما اندازه‌های مربوط به نشانه‌های افسردگی و وجود یا عدم وجود افسردگی اساسی را که بر گزارشهای ارائه شده از طرف مراجعان و ارزیابان بالینی قرار داشت مد نظر قرار داده‌ایم. برای ارزیابی وجود یا عدم وجود افسردگی اساسی در پس آزمون، ارزیابان بالینی نسخه اصلاح شده‌ای از دومین تجدید نظر ارزیابی پیگیری فاصله‌ای طولی (LIFE؛ کلو و همکاران ۱۹۸۷) که برای اندازه‌گیری طول دوره اختلالات روانپزشکی ساخته شده است را بر روی آزمودنی‌های اجرا نمودند LIFE شامل یک مصاحبه سازمان یافته است که به درمانگر اجازه می‌دهد آسیب‌های روانی را در طول دوره ۶ ماهه ارزیابی کند. در نسخه تعدیل شده مورد استفاده ما ملاکهای تشخیصی افسردگی براساس معیارهای تشخیصی تحقیقی که در LIFE اصلی برای تشخیص افسردگی براساس DSM-III-R بکار رفته است تعدیل شد. باری تعیین وجود یا عدم وجود افسردگی اساسی از درجه‌بندیهای هفته‌ای روانپزشکی که از ۱ (عدم وجود) تا ۶ (وجود) درجه‌بندی می‌شود، استفاده گردید. ما شاخص LIFE را برای تعیین اینکه آیا آزمودنیها بطور مستمر واجد ملاکهای

DSM-III-R در مورد افسردگی اساسی در پس آزمون می‌باشند یا خیر بکار بردیم. همچنین آزمودنیها به نسخهٔ ۱۷ آیتمی HRSD که بوسیلهٔ ارزیاب بالینی اجرا شد. پاسخ دادند. این مقیاس یک شاخص مصاحبه‌گر محور پر کاربرد از شدت افسردگی می‌باشد. به عنوان دومین شاخص خودسنجی شدت افسردگی BDI (بک و همکاران، ۱۹۷۹) قبل و بعد از اجرای درمان بر روی آزمودنیها اجرا شد. BDI نیز یک شاخص پرمصرف برای اندازه‌گیری شدت افسردگی است. که همبستگی‌های بالایی با HRSD، داشته دارای مشخصات روانسنجی بسیار عالی بوده (بک، استیر و گاربین، ۱۹۸۸) و نسبت به تغییرات مرضی حساس است (ادواردز و همکاران، ۱۹۸۴؛ لامبرت، شاپرو و برگین، ۱۹۸۶).

### تحلیل داده‌ها:

تمام تحلیل نتایج بر روی سه دسته از آزمودنیها: آنهائی که حداقل ۱۲ جلسه درمان را کامل نمودند (کامل‌کننده‌ها)<sup>۱</sup> آزمودنیهایی که بیشترین بخش از ۲۰ جلسه درمان را کامل نمودند (کامل‌کننده‌های حداکثر)<sup>۲</sup> و آنهائی که حداقل یک جلسه را شرکت داشته ولی قبل از اتمام دوازده جلسه درمانی آنرا ترک کرده‌اند (ترک‌کنندگان)<sup>۳</sup> انجام شد در مورد ترک‌کنندگان جلسه، آخرین نمره در دسترس آنها در هر کدام از اندازه‌های نتایج به عنوان نمرهٔ نهایی در نظر گرفته شد نمرات HRSD, BDI در پس آزمون به عنوان اندازه‌های اولیه شدت افسردگی محاسبه شد. تحلیل‌های کوواریانس - که در آن نمرات پیش درمان مربوط به اندازه‌های مستقل به عنوان هم پراکنشها بکار رفت - برای مقایسه اثر بخشی سه شیوه درمانی بکار رفت. پاسخ درمانی بصورت طبقه‌ای (گروهی) تحلیل شده برای تعیین درصد آزمودنیهایی که در هر موقعیت درمانی بهبود یافته<sup>۴</sup> بودند یا بهتر شده<sup>۵</sup> اما کاملاً بهبود نیافته بودند. درصد افرادی که در پرسشنامه BDI نمرهٔ ۸ یا پائین‌تر گرفته بودند مدنظر قرار گرفتند. این ملاکها - اگرچه براساس نظر شخصی - توسط فرانک<sup>۶</sup> و همکاران (۱۹۹۱) در کوششی برای استاندارد کردن شاخصهای بهبودی در تحقیق افسردگی توصیه شده است. آن دسته از آزمودنی‌هایی که در پس

<sup>۱</sup>- Completers

<sup>۲</sup>- Maximum Completers

<sup>۳</sup>- Dropouts

<sup>۴</sup>- Recovered

<sup>۵</sup>- Improved

<sup>۶</sup>-Frank

آزمون واجد ملاکهای DSM-III-R برای افسردگی اساسی نبودند ولی نمرات بالاتر از ۸ در BDI داشتند به عنوان کسانی که بهتر شده اما کاملاً بهبود نیافته‌اند طبقه‌بندی شده‌اند. از تحلیلهای جدول توافقی<sup>۱</sup> جهت مقایسه درمانها در موارد بهبود یافته و بهتر شده استفاده شد.

## نتایج یکپارچگی در پروتکل‌های درمانی

شاخص یکپارچگی درمانی مورد استفاده در مطالعه حاضر نسخه اصلاح شده مقیاس درجه‌بندی روان‌درمانی در مطالعه مشترک مؤسسه ملی سلامت روانی<sup>۲</sup> (CSPRS؛ هولون ایوانس، الکین، لوری، ۱۹۸۴) بود. پرسشها شامل تکنیکهای طراحی شده و موارد ممنوع شده در راهنمای درمانی بود. بطور ایده‌آل، سه موقعیت درمانی باید واجد پرسشهایی می‌بودند که منعکس کننده مداخلات مربوط به اصلاح و تعدیل AT‌های ناکارآمد و طرحواره مرکزی باشند علاوه بر این لازم بود که موارد تخطی از پروتکل درمانی در حداقل ممکن نگه داشته می‌شد. در مقیاسی که ما استفاده نمودیم: ۷ پرسش مداخلات متمرکز بر BA ۱۲ پرسش مداخلات متمرکز بر AT‌ها و ۷ پرسش مداخلات متمرکز بر فرضهای زیربنایی<sup>۳</sup> UA یا طرحواره‌های مرکزی ۱ را اندازه‌گیری می‌کند. همچنین ۳ پرسش منعکس کننده مداخلاتی است که در هر سه موقعیت ممنوع شده‌اند ما همچنین به توانمندی درمان علاقمند بودیم که به عنوان نسبت مداخلات ضروری برای درمان CT به مداخلاتی است که با آنها همساز بوده اما یکسان نیست و برای CT نیز ضروری نمی‌باشد (والترز، آدریس، کوثرنز و جاکوبسون، ۱۹۹۳) پنج پرسش به طبقه ENU (ضروری اما نه همسان با CT, AT, BA) مانند: وضع دستور جلسه، تعیین تکالیف خانگی) اضافه شد همچنین ۱۱ پرسش به طبقه COMPAT اضافه شد که منعکس کننده مداخلات غیرضروری می‌باشد که با تمام موقعیتها (مانند: آموزش مهارتها، ارزیابی کاربرد عمومی) همساز بوده اما ضروری برای آنها نمی‌باشد.

بنابراین مقیاس اصلی دارای ۴۵ پرسش است که به شش مقیاس فوق‌الذکر تقسیم شده است. درجه‌بندی کنندگان به نوار مربوط به جلسات درمانی گوش کردند و سپس هر پرسش را براساس یک مقیاس درجه‌بندی از صفر (بهبود یا هرگز) تا ۶ (کاملاً) درجه‌بندی کردند. نه

<sup>۱</sup>- Contingency table

<sup>۲</sup>- National Institute of Mental Health Collaborative Study Psychotherapy Rating Scale.

<sup>۳</sup>- Underlying Assumptions.

نفر از مراجعان به طور تصادفی از هر موقعیت برای تضمین پیوستگی درجه بندی‌ها انتخاب شدند که کل انتخاب شده‌ها ۲۷ نفر بودند. از مراجعان انتخاب شده یک نفر در جلسات اولیه درمان، یک نفر در جلسات میانی و یک نفر نیز در جلسه آخر به طور تصادفی انتخاب شدند که در این میان جلسات ۱ و ۲۰ مستثنی شد. بنابراین به طور کلی ۸۱ نوار درجه بندی شد. موقعیت درمان از رمزکنندگان آموزش دیده پنهان نگاه داشته شد. ضرایب همبستگی درون طبقه‌ای<sup>۱</sup> برای تعیین اعتبار میان درجه بندی کنندگان محاسبه شد. میانگین همبستگی‌های درون طبقه‌ای ۰/۸۱ بود. دامنه‌ای بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ در عرض شش مقیاس.

همانطور که جدول ۲ نشان می‌دهد. درمانگران در متمایز نگه داشتن درمانها موفق بودند. درمانگران خودشان را مقید به اجرای مداخلات BA در موقعیت درمانی BA، مداخلات BA و AT در موقعیت AT کرده و تمام سه نوع مداخلات را در موقعیت CT بکار بردند. میانگین درجه بندی‌ها واقعا همانطوری بود که ما از قبل پیش بینی می‌کردیم: پرسشهای BA در هر سه مشترک بود اما در موقعیت BA عمومی تر بود، مداخلات AT برای هر دو شرایط CT, AT مشترک بود کاربرد روی طرخواره مرکزی تنها در موقعیت CT وجود داشت. به طور یقین تقریباً هیچگونه تخلفی از پروتکل درمانی مشاهده نشد. آزمون دیگری که برای بررسی یکپارچگی و پیوستگی بکار رفت، طرح سوالات زیر بود آیا میزان وقوع مداخلات BA و UA, AT فراتر از نوسانات تصادفی مورد انتظار بوسیله شانس بود. این سوال بررسی شد تا دقیقاً مشخص شود که آیا مقدار جزئی مداخلات UA, AT که در موقعیتهای BA, AT روی داد به طور معنی داری از سطح پارازیت که می‌توانست بوسیله شانس مورد انتظار باشد متفاوت است. بطور همزمان این مطلب فرد را مطمئن می‌سازد که میانگین درجه بندی‌های مداخلات BA, AT, UA بطور معنی داری از صفر زمانیکه تصور می‌شود که آنها از صفر متفاوت باشند تفاوت داشته باشند. انحراف معنی دار آماری از پروتکل درمانی از هیچکدام از موقعیتهای مشاهده نشد. در موقعیت BA، تنها مداخلات BA بطور معنی داری متفاوت از مقدار صفر بود.  $t(26)=4/95, P<5\%$  در موقعیت AT، هم مداخلات  $t(26) 3/89, p<5\%$  و هم مداخلات BA،  $t(26)=3/63, p<5\%$ ، درجه‌ای از معنی داری را نشان دادند. اما مداخلات UA تفاوت معنی داری را نشان نداد ns و  $t(26)=1/03$ ، با این وجود در موقعیت CT، کلیه سه نوع مداخلات تفاوت معنی دار آماری از صفر را نشان دادند که در موقعیت BA،  $t(26)=4/61, P<5\%$

<sup>۱</sup> - Intra-class correlation Coefficients.

t و برای AT  $P < 5\% > 4/47 = t(26)$  و در مورد CT  $p < 5\% = 3/1 = t(26)$  بود. بالاخره برای مقایسه میزان نیرومندی موقعیتهای درمانی، ما تمام مقیاسها را از نظر مداخلات PROSCR, COMPAT, ENU مورد آزمون قرار دادیم. برای هیچکدام از این سه مقیاس تفاوت‌های معنی‌دار بین گروهی مشاهده نشد. کیت اس، دابسون که مسئولیت سرپرستی درمانگران را در تحقیق به عهده داشت، بطور تصادفی نوارها را در موقعیت CT انتخاب نموده و آنها را برای تعیین توانش (صلاحیت) مقیاس شناخت درمانی (CTS) که ابزار انتخابی برای ارزیابی توانش CT بود درجه‌بندی کرد. بطور اختیاری و قراردادی نمره ۴۰ به عنوان خط برش برای توانش CTS انتخاب شد. تمام میانگینها بالای ۴۰ قرار داشت همچنین میانگینهای هر کدام از درمانگران نیز بالای ۴۰ بود برای درمانگران ۱ تا ۴ بترتیب میانگین نمرات عبارت بود از: ۴۵/۱۶، ۴۴/۰۱، ۴۷/۹۱، ۴۶/۱۷

### نتایج درمان:

جدول ۳ میانگینها، انحراف استاندارد و نتایج مربوط به تحلیل نتایج اولیه تحقیق را نشان می‌دهد، نتایج در ابتدا برای کل نمونه (از جمله ترک‌کنندگان درمان) و سپس به طور مجزا برای هر کدام از نمونه‌ها: کامل‌کنندگان نهائی (حداکثر)، کامل‌کنندگان و ترک‌کنندگان نمایش داده شده است.

تفاوت‌های گروهها در پیش‌درمان براساس تحلیل واریانس یک طرفه (ANOVAS) انجام شد به استثنای HRSD در نمونه کلی در بیسن موقعیتهای تفاوت‌های معنی‌داری در پیش‌درمان وجود نداشت.

تحلیل نتایج اولیه درمان براساس تحلیلهای چند متغیری کوواریانس<sup>۱</sup> (MANCOVA) ۳ گروه‌درمانی  $3 \times 4$  درمانگر قرار داشت که در آن نمرات مربوط به BDI, HRSD در پس‌آزمون به عنوان متغیرات وابسته عمل کرده و نمرات پیش‌آزمون براساس اندازه‌های پیش‌آزمون به عنوان متغیرات هم پراکنش عمل می‌کنند. نتایج MANCOVA برای کل نمونه تفاوت معنی‌دار آماری را در بین درمانها،  $F(4, 252) = 1, ns$ ، درمانگر،  $F(6, 252) = 1, ns$  و درمانگر  $\times$  تعاملات درمانی،  $F(12, 252) < 1, ns$  نشان نداد. تحلیل MANCOVA مشابهی نیز در گروه کامل‌کنندگان هم‌ارزی گروهی را برای درمانها،  $F(4, 238) = 1, ns$ ، درمانگران،  $F(6, 238) < 1, ns$  و درمانگر  $\times$  تعاملات درمانی،  $F(12, 238) < 1, ns$  نشان داد و بالاخره برای گروه

<sup>۱</sup>- Multivariate Analyses Of Covariance

کامل کنندگان نهائی (حداکثر) تفاوت معنی داری بین درمانها،  $F(4/226)=1, ns$ ، درمانگران،  $F(6,226)<1, ns$  و درمانگر  $\times$  تعاملات درمانی  $F(1/226)<1, ns$  مشاهده نشد. برای جلوگیری از درجات خطا (Familywise) ما ۱/ را به عنوان سطح مورد نظرمان برای معنی داری انتخاب کردیم بر این اساس هیچکدام از تحلیلهای MANCOVA در سطح ۵٪ معنی دار نبود جدول ۳ نتایج ANCOVA برای هر کدام از نمونه های فرعی و هر کدام از اندازه ها را نشان می دهد. به جهت اینکه هیچکدام از اثرات درمانگرایا، درمانگر،  $\times$  تعامل درمانی معنی داری نبودند تنها اثرات اصلی مربوط به درمان در تابلو ۳ نشان داده شده است.

همانطور که مشاهده می شود تفاوت های معنی داری بین درمان های مبتنی بر BDI/HRSD وجود ندارد هنگامیکه ما نتایج را برای هر درمانگر بصورت مجزا بررسی نمودیم با زهم تفاوتی بین موقعیتهای درمانی در هیچکدام از شاخصها مشاهده نشد ما همچنین نسبت مراجعان در هر موقعیت را که بهتر شده یا کاملاً بهبود یافته بودند برای اندازه گیری معنی داری بالینی در هر موقعیت درمانی مورد بررسی قرار دادیم (جاکوبسون، فولتنی، ورونستورف، ۱۹۸۴، جاکو بسون، و تروواکس، ۱۹۹۱) جدول ۴ در جات بهتر شدن برای هر کدام از درمانها در هر ۴ نمونه را نشان می دهد. تحلیل مجذور کاتفاوت های معنی داری بین درمانهای انجام شده بر روی بهتر شده ها و بهبودیافتگان در هیچ کدام از ۴ نمونه را نشان نداد. میانگین درجه بهتر شدن برای گروه کامل کنندگان ۶۲/۳٪ برای کامل کنندگان حداکثر، ۶۶٪، برای کامل کنندگان سهمی ۵۸/۳٪ و برای ترک کنندگان جلسات درمانی ۱۶/۷٪ بود میانگین درجه بهبودی برای گروه کامل کنندگان ۵۱/۵٪، برای کامل کنندگان حداکثر ۵۴/۵٪ برای کامل کنندگان سهمی ۵۸/۳٪ و برای ترک کنندگان ۵/۶٪ بود. بطور کلی ترک کنندگان بطور معنی داری درجات بهتر شدن و بهبودی پائینتری نسبت به کامل کنندگان حداکثر.  $X^2(1, N=141)=7/8, p<0/01$ ;  $X^2(1, N=141)=9/5, p<0/01$  و کامل کنندگان  $X^2(1, N=149)=7/8, p<0/01$ ;  $X^2(1, N=149)=9/51, p<0/01$  نشان دادند.

### نتایج مربوط شش ماه پیگیری

جدول ۳ نمرات مربوط به DBI و HRSD را برای تمام آزمودنیها در دوره پیگیری نشان می دهد ما توانستیم داده های مربوط به کل آزمودنیها به استثناء یک نفر از آنها (با درجه ۹۹٪) را بدست آوریم.

ما ANCOVA را برای هر دو دسته از اندازه ها محاسبه کردیم که در آن با نمرات دوره پیگیری به عنوان متغیرهای وابسته و با نمرات پس آزمون به عنوان هم تغییرها عمل شده است

که این تحلیل یک آزمون پارامتری را برای تغییرات مربوط به نشانه‌های افسردگی به عنوان کارکرد موقعیت درمانی در طی دوره پیگیری فراهم می‌کند. تحلیلها نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین موقعیت‌های درمانی وجود ندارد،  $F(2,132) < 1, ns$  همانطور که جدول ۵ نشان می‌دهد کلیه درمانها دارای اثر درمانی نهائی یکسانی بوده‌اند. این نتیجه ناشی از تحلیل A NCOVA بود که در آن نمرات پیگیری به عنوان متغیرهای وابسته و نمرات پس‌آزمون به عنوان هم تغییرها بکار رفتند. بنابراین سه شیوه درمانی از نظر تاثیرات کلی درمانی در طی دوره ۶ ماهه پیگیری و نیز در تغییرات مربوط به نشانه‌های افسردگی در ۶ ماه بعد از پس‌آزمون تفاوتی باهم نداشتند. جدول ۵ درصد آزمودنیهایی را که در هر موقعیت در طی دوره درمانی بهبود یافته‌اند و نیز آنهایی که پس از ۶ ماه پیگیری بازگشت<sup>۱</sup> داشته‌اند - براساس نتایج حاصل از مصاحبه، LIFE - را نشان می‌دهد.

بازگشت به صورت دارا بودن معیارهای مربوطه به افسردگی اساسی تعریف شد همچنین ما تعاریف سه‌گانه متفاوتی را از بهبودی بکار بردیم. عدم وجود ملاکهای افسردگی اساسی به مدت ۸ هفته متوالی، داشتن نمره ۸ و پائین‌تر در BDI هنگام پایان یافتن درمان، و داشتن نمره ۷، یا کمتر در HRSD هنگام پایان یافتن درمان. تحلیل جدول وابستگی نشان داد که صرفنظر از اینکه بهبودی براساس کدام ملاک تعریف شود گروهها تفاوت معنی‌داری در میزان بازگشت نشان ندادند. همچنین ما آزمودنیهایی بهبود یافته را در هر سه موقعیت درمانی با توجه به تعداد هفته‌های سلامتی<sup>۲</sup> در دوره پیگیری که براساس ملاکهای سه‌گانه بهبودی بررسی شدند مورد مقایسه قرار دادیم. یک هفته خوب (هفته سلامتی) به عنوان هفته‌ای تعریف شده که در آن آزمودنیها فاقد علائم بوده یا حداقل علائم را داشتند. براساس مصاحبه LIFE بالاترین نمره ۲۶ بود. همانطور که جدول ۶ نشان می‌دهد تفاوت‌های معنی‌داری بین موقعیت‌های درمانی صرف نظر از چگونگی تعریف بهبودی (مذکور در بالا) وجود نداشت. به طور خلاصه، هیچکدام از تحلیلهای مربوط به دوره پیگیری تفاوت‌های بین گروهی را نشان ندادند. در CT مقایسه با درمانهای مولفه‌ای باعث کاهش میزان بازگشت، یا بهبودی طولانی‌تر علائم افسردگی نشد.

<sup>1</sup> - Relapse

<sup>2</sup> - Well Weeks



## مکانیسمهای تغییر

در این سری از تحلیل‌ها ما دو رویکرد به مساله را اتخاذ نمودیم. اولاً ما تاثیر هر موقعیت درمانی را با توجه به فرایندهای مورد انتظار برای اثرگذاری آن موقعیت و نیز فرایندهای نامرتبط با آن موقعیت درمانی را مد نظر قرار دادیم بنابراین ما میزان اثربخشی هر موقعیت درمانی را در افزایش فعالسازی رفتاری، کاهش دادن تفکر منفی و تغییر در ساختارهای شناختی افسردگی را آزمون کردیم. دوماً ما تلاش نمودیم تا یک ارتباط زمانی<sup>۱</sup> را بین تغییرات مربوط به مکانیسمهای اختصاصی در نتایج بدست آوریم. ما از جدول رویدادهای لذت بخش<sup>۲</sup> (هم فراوانی و هم میزان لذت بخشی) به عنوان شاخص فعالسازی رفتاری (ماک فیلامی و لونسون ۱۹۷۱) پرسشنامه افکار خود آیند<sup>۳</sup> (هالون و کندال، ۱۹۸۰) به عنوان شاخص تفکر ناکار آمد و پرسشنامه سبک اسنادی توسعه‌ای (EASQ: پترسون و ویلیانوا، ۱۹۸۸) به عنوان شاخص ساختارهای شناختی استفاده نمودیم. برای آزمون سهم هر کدام از درمانهای سه‌گانه در تغییرات مکانیزم با استفاده از آزمون t هم‌تاست نمرات پیش و پس‌درمان در هر کدام از شاخصهای سه‌گانه با هم مقایسه شد. زمانیکه مراجعان به صورت کلی و به عنوان یک کل مورد ملاحظه قرار گرفتند بهبودیهای معنی‌داری در هر کدام از این شاخصهای مکانیزم مشاهده شد. مراجعان در تمام شرایط فراوانی و توانایی لذت بردن از رویدادهای لذتبخش را افزایش دادند تفکرات منفی را کاهش داده و به طور معنی‌داری تمایلات پایین‌تری برای اسناد رویدادهای منفی به عوامل درونی پایدار و کلی<sup>۴</sup> را نشان دادند.

ما نتایج افتراقی مربوط به موقعیت درمانی را آزمون کردیم. از تحلیلهای ANCOVA برای مقایسه تغییرات بین گروهی در این شاخصها استفاده نمودیم که در آن نمره پیش‌درمان در هر کدام از متغیرهای ملاک بعنوان تغییر همگام عمل می‌کند. هیچکدام از این شاخصها به طور قابل تشخیصی به عنوان کارکرد موقعیت درمانی تغییر نکردند.

هنوز این احتمال وجود داشت که تغییر در یک مکانیزم علت تغییرات بعدی افسردگی در یک شیوه درمان و یک پیامد در شیوه دیگر درمان باشد (هالون، درایزویاوانز ۱۹۸۷) یک شیوه برای ارزیابی این احتمال بررسی ارتباط زمانی بین تغییر در افسردگی و مکانیسمهای شناختی

<sup>۱</sup> - Temporal

<sup>۲</sup> - Pleasant Events Schedule.

<sup>۳</sup> - Automatic Thoughts Questionnaire.

<sup>۴</sup> - Global

رفتاری بوده ما مجدداً با پیروی از کار درابیز<sup>۱</sup> و فیلیس<sup>۲</sup> (۱۹۹۰) نمرات مربوط به تغییر باقیمانده<sup>۳</sup> از پیش‌درمان تأمینانه درمان<sup>۴</sup> (تغییر اولیه) و از میانه درمان تا پس درمان (تغییر پایانی) را هم در مورد BDI و هر کدام از شاخصهای مکانیسم محاسبه کردیم جدول ۷ همبستگی‌های بین تغییر باقیمانده اولیه در مکانیزمهای شناختی و رفتاری و تغییر باقیمانده پایانی در افسردگی در هر شیوه‌درمانی را نشان می‌دهند. برخلاف انتظار تغییر اولیه در دو مقیاس فرعی EASQ با تغییر پایانی در BA مرتبط بود اما با درمان CT ارتباطی نداشت آزمودنی‌هایی که در درمان BA اسنادهای منفی کمتری در آغاز درمان داشتند بعداً نیز در جریان درمان افسردگی کمتری نشان دادند.

همچنین برخلاف انتظار تغییر اولیه در مقدار رویدادهای لذت‌بخش با تغییر پایانی در افسردگی در درمان CT مرتبط بود اما چنین ارتباطی را با درمان BA نشان نداد. ما همچنین همبستگی‌های بین تغییر باقیمانده اولیه در افسردگی و تغییر باقیمانده پایانی در مکانیسم‌های شناختی رفتار را بررسی نمودیم تغییر اولیه در افسردگی با تغییر پایانی در EASQ یا PES در موقعیتهای درمانی همبستگی‌ای را نشان نداد.

### بحث:

در این تحقیق شواهدی که نشان دهد CT موثرتر از مولفه‌های آن می‌باشد بدست نیامده چنانچه میانگین‌ها و انحراف استاندارد‌های مربوط به شاخصهای نتایج ما بررسی شوند یافته‌های صفر قابل اسناد به توان نابسند نیست. نتایج در سراسر موقعیتهای درمانی و بیسن شاخصهای نتیجه کاملاً قابل مقایسه بودند. با توجه به این واقعیت که ملاکهای ما برای بهبودی نسبت به ملاکهای مطالعات قبلی بسیار دقیق بودند لذا مقایسه نتایج این مطالعه با سایر مطالعات مشکل است. با وجود این میزان بهبودی در مطالعه‌ها با مقادیر بهبودی در مطالعه TDCRP قابل مقایسه بود. اگرچه نمونه مورد مطالعه در مقایسه با مطالعه TDCRP بسیار افسرده‌تر بودند (همانطور که میانگین بالاتر نمرات در BDI شاهد این مدعاست) اما اندازه تغییر در آزمودنی‌های این مطالعه با اندازه‌های مربوط به مطالعات CT قبلی قابل مقایسه بود.

<sup>۱</sup>- DeRubeis

<sup>۲</sup>- Feeley

<sup>۳</sup>- Residual

<sup>۴</sup>- Pre-tomid treatment

این یافته که BA به تنهایی از نظر اثربخشی با نسخه‌های کاملتر CT برابری می‌کند هم از بعد نظری هم در بعد درمان افسردگی حائز اهمیت است. ما در این مطالعه تهدیدات مربوط به روانی درونی (اعتبار درونی) را کنترل نموده، و همانطور که در ابتدا آوردیم، و پیشنهاد می‌کنیم که یافته‌ها دارای روانی (اعتبار) می‌باشند. درجه‌بندی ما از توانش حاکی از آن است که آن دسته از درمانگرانی که CT را در دامنه مورد قبول اجرا می‌کردند توسط ارزیابان و کارشناسان به عنوان با صلاحیت و توانش کافی در نظر گرفته می‌شدند. همچنین عدم برتری CT به معنی وجود همپوشی بین درمانها تعبیر نشد. درجه‌بندیهای مربوط به یکپارچگی درمانی نشان می‌دهند که درمانها کاملا متمایز از هم بوده و درمانگران نیز تبعیت کاملی را از پروتکل درمانی داشته‌اند. بنابراین علیرغم این واقعیت که درمانگران متمایز از هم بودند، نتایج بدست آمده حداقل در کوتاه مدت قابل تمایز نبودند.

علاوه بر این درمانها در دوره پیگیری به طور معنی‌داری متفاوت نبودند. تحلیل‌های پارامتری بر روی کل نمونه انجام شد. که بر اساس نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شده بود. براساس این تحلیلها تفاوت‌های کلی بین گروهها در مدت ۶ ماه پیگیری وجود نداشت و گروهها دارای تفاوت قابل افتراقی در طی دوره پیگیری نبودند. تمام گروهها اثرات مثبت درمانی را در بخش اعظم دوره پیگیری حفظ نمودند. هنگامی که میزان بازگشت بررسی شد، به صورت تحلیل پارامتری براساس تعداد هفته‌های خوب (سلامتی) یا به صورت غیرپارامتری برحسب نسبت آزمودنیهایی که بازگشت داشتند CT به تنهایی در داشتن برتری نسبت به درمانهای مولفه‌ای شکست خورد.

بنابراین، آزمودنی افسرده‌ای که BA را به تنهایی دریافت کرده بودند به همان خوبی افرادی که علاوه بر BA مهارت‌های مقابله‌ای با تفکر افسردگی را فراگرفته بودند عمل کردند علاوه بر این در هر دو گروه از درمانهای مولفه‌ای میزان بهبودی به اندازه آزمودنیهایی بود که مداخلات درمانی معطوف به اصلاح ساختارهای شناختی بویژه فرضیه‌های پایه‌ای و طرحواره‌های هسته‌ای را دریافت کردند. این یافته‌ها در جهت عکس فرضیه‌هایی عمل کردند که در الگوی شناختی افسردگی یک و همکارانش (۱۹۷۹) ارائه شده است.

بک فرض کرد که تلاشهای مستقیم معطوف به اصلاح طرحواره منفی برای به حداکثر رسانیدن نتایج درمان و جلوگیری از بازگشت ضروری است. این نتایج به طور کلی جالب و

تعجب برانگیز است چرا که برخلاف اثر تبعیت‌جویی<sup>۱</sup> (رایبسون، برمن و نیمسی، ۱۹۹۰) می‌باشد که در نتایج مربوطه به تحقیقات روان‌درمانی بسیار شایع است.

تمام درمانگران انتظار داشتند که CT موثرترین درمان باشد و انتظار کمتری از موقعیت BA داشتند. علاوه بر این، کیت‌اس، دابسون یکی از سرپرستان بالینی پروژه TDCRP انتظار داشت که CT عملکرد بهتری نسبت به درمان‌های دیگر داشته باشد. به طور خلاصه اگر چه هرگز نمی‌توان فرضیه صفر را پذیرفت مخصوصاً در مطالعه‌ای که دارای نتایج منفی می‌باشد. با وجود این می‌توان گفت که تمایز شیوه‌های درمانی به همان خوبی وفاداری<sup>۲</sup> درمانگران و سرپرستان فقدان تاثیر درمانی را بهتر از هر دلیل دیگری توجیه منطقی می‌نماید.

این نتایج سوالهایی را درباره نظریه تغییر که در کتاب شناختی درمانی بک و همکارانش آمده است مطرح می‌سازد همچنین نتایج فوق سوالهایی را درباره شرایط ضروری و مکفی برای تغییر در CT مطرح می‌سازند. این سوالات بیشتر برای روشن ساختن دلایل شکست دریافتن مدارکی مطرح می‌شود که چرا مکانیزمهایی که در شیوه‌های درمانی مختلف بکار رفته‌اند با تغییرات متمایزی در مکانیزمهای آماج همراه هستند. در واقع تحلیلهای ما از تغییرهای تعدیل‌کننده مؤید یافته‌ای است<sup>۳</sup> که با توجه به آن تغییرات حاصل در الگوی اسنادی همراهی بیشتری با کاهش افسردگی در موقعیت BA دارد و نه با موقعیت CT که قبلاً در تئوری شناختی انتظار آن می‌رفت. چنین بنظر می‌رسد که مراجعینی که به فعالسازی جواب مثبت داده‌اند، همان کسانی باشند که پیش‌بینی‌هایشان را مبنی بر چگونگی عکس‌العملشان در برابر وقایع منفی زندگی که ممکن است اتفاق بیافتند، تغییر داده‌اند. زیرا این یک یافته پیش‌بینی شده نبود، و باید با احتیاط تفسیر گردد. با وجود این اگر تدابیر سبک اسنادی بعنوان پیش‌بینی‌هایی در مورد برخوردهای فرضی آینده بجای تدابیر ساختار شناختی در نظر گرفته شود، ممکن است به این معنا باشد که بیماران دچار افسردگی که به تعلیمات فعالسازی جواب مثبت می‌دهند، همان کسانی هستند که زمانیکه مداخلات طراحی شده برای در تماس قرار دادن آنها بسا منابع بالقوه تقویت مثبت اعمال گردد پیش‌بینی‌های خوشبینانه‌تری بعمل می‌آورند. البته این احتمال نیز وجود دارد که درمان‌های متمرکز بر BA (یا BA محور) نسبت به درمان‌هایی که صراحتاً بر تغییر تفکر متمرکزند واجد شیوه‌های موثرتری برای ایجاد تغییر در شیوه تفکر افراد باشند.

<sup>۱</sup>- *Alle giance effect*

<sup>۲</sup>- *Alle giance*

<sup>۳</sup>- *Counterintuitive*

احتمالا ارائه طبیعی تقویت تفکیکی<sup>۱</sup> به طور موثرتری موجبات ایجاد تغییر در تفکر را فراهم می‌کند تا مداخلات کاملا روشن شناختی.

چنانچه درمان‌های BA, AT, به اندازه درمان CT موثر باشند و همانند آن برای اصلاح عوامل ضروری برای ظهور تغییر مناسب باشند. پس نه تنها نظریه بلکه درمان نیز نیازمند تجدید نظر هستند. هم درمان BA و هم AT نسبت به CT درمان‌های مختصر و کوتاه‌تری بوده و لذا می‌توانند برای درمانگران کم‌تجربه مفید باشند.

باتوجه به اینکه درمان‌های BA, AT دارای گزینه‌های مداخله کمتر و سراسر است‌تری هستند این درمان‌ها می‌توانند جایگزین‌های کم‌هزینه‌تری برای روان‌درمانی باشند مانند درمان‌هایی که توسط خود افراد اجرا می‌شود. (CF کریستین، و جاکوبسون، ۱۹۹۳).

قبل از اینکه بتوان نتیجه‌گیری‌های منفی‌ای را درباره نظریه تغییر ارائه شده توسط بک و همکاران (۱۹۷۹) مطرح کرد لازم است که به تعدادی سوال پاسخ داده شود. اول اینکه، ممکن است ثابت شود که CT در پیشگیری از موارد عود (بیماری) مربوط به درمان‌های مولفه‌ای موثر باشد. اگر چنین چیزی ثابت شود ما قبلا نشان داده‌ایم که مؤلفه اصلاح طرحواره‌ای CT دارای یک اثر پیشگیرانه می‌باشد اگرچه این مؤلفه یک پاسخ درمانی فشرده<sup>۲</sup> را تسهیل نمی‌کند.

چنانچه داده‌های مربوط به پیگیری ۱۲ ماهه، ۱۸ ماهه و ۲۰ ماهه ما پیش‌رو می‌بود ما قادر بودیم تا درمان‌ها را از نظر پیشگیری از بازگشت و تکرار (بیماری) باهم مقایسه نماییم.

بالاخره اینکه، ما به محدودیتهای موجود در توانایی‌هایمان برای اندازه‌گیری سازه‌های که آماج مداخله بوسیله سه موقعیت درمانی بودند اعتراف می‌کنیم. امکان دارد که فقدان ارتباط بین موقعیت درمانی و مکانیزم‌های آماج بیشتر ناشران، نامناسب بودن ابزارهای اندازه‌گیری قابل دسترسی باشد تا صرفا فقدان مکانیسم‌های تغییر افتراقی.

این امر خصوصا در مورد شاخصهای طرحواره منفی که در آنها شاخصهای مداد کاغذی مورد انتقاد قرار گرفته‌اند، جدی‌تر است.

ما محدودیتهای مربوط به اینگونه روشها را تشخیص داده‌ایم و اعتراف می‌کنیم که چنانچه شاخصهای مناسبتر و صحیحتری موجود می‌بود ارتباط بین مکانیزم و موقعیت درمان می‌توانست بسیار نیرومندتر باشد.

<sup>1</sup> - Reinforcing Contingencies.

<sup>2</sup> - Acute Treatment Response.

## جدول ۱

## متغیرهای جمعیت شناختی و پیش‌درمانی

CT n=۵۰	AT n=۴۴	BA n=۵۷	متغیرها
%۱	%۱	%۱	جنسیت (n و %)
۱۲(۲۴)	۱۰(۲۲/۷)	۱۶(۲۸/۱)	مذکر
۳۸(۷۶)	۳۴(۷۷/۳)	۴۱(۷۱/۹)	مؤنث
۳۹/۲	۳۸/۳	۳۷/۶	میانگین سنی به سال
۴۹(۹۸)	۴۴(۱۰۰)	۵۷(۱۰۰)	تحصیلات (n و %)
۲۷(۵۴)	۲۲(۵۰)	(۶۳/۱)	فارغ‌التحصیل دوره متوسطه
۱۲(۲۴)	۸(۱۸/۲)	۱۸(۳۱/۶)	فارغ‌التحصیل کالج
۱۱(۲۲)	۱۸(۲۰/۹)	۲۰(۳۵/۱)	بمذاز کالج
۱۵(۳۰)	۱۳(۲۹/۵)	۱۹(۳۳/۳)	وضعیت تأهل (n و %)
۱۳(۲۶)	۸(۱۸/۲)	۱۲(۲۱/۱)	ازدواج نکرده
۷(۱۴)	۱(۲/۳)	۲(۳/۵)	یکبار ازدواج کرده
۳(۶)	۰(۰)	۱(۱/۹)	مطلقه
۰(۰)	۱(۲/۳)	۲(۳/۷)	بیوه
۳۸(۷۶)	۴۰(۹۰/۹)	۵۰(۹۲/۶)	قومیت و نژاد (n و %)
۳(۶)	۲(۴/۵)	۱(۱/۹)	امریکائی - آفریقایی
۲(۴)	۱(۲/۳)	۰(۰)	اسپانیائی (تبار)
۵/۹(۶۳)	۵/۴(۵/۷)	۴/۶(۵/۳)	قفقازی (تبار)
۲۹/۸(۷۳)	۲۹/۲(۷۶)	۲۹/۳(۷۹)	بومی امریکا
۱۹/۱(۴/۴)	۱۹/۳(۴)	۱۷/۴(۳/۸)	آسیایی
			میانگین (SD) تعداد دوره های قبلی
			میانگین (SD) نمرات افسردگی درپیش‌درمان Bdi
			HRSD

توجه:  $n=101$ . درصدها درون گروهی است. تعداد نامساوی آزمودنیها در متغیرها نشان‌دهنده داده‌های خطا می‌باشد.

CT = درمان شناختی رفتاری، AT = افکار خودآیند، BA = فعالسازی رفتاری

$$a: F(2 \text{ و } 148) = 3/02 \text{ و } P < 0/05$$

## جدول ۲

درجه بندیهای پیوستگی مربوط به موقعیت درمانی

(درجه بندی مراحل درمان)

درجه بندی کلی	پسین <sup>۴</sup>	میانی <sup>۲</sup>	پیشین <sup>۱</sup>	نوع پرسش و موقعیت
۷۹	۶۷	۸۶	۸۳	پرسشهایی که BA را اندازه می‌گیرد BA
۵۷	۵۲	۵۲	۶۷	AT
۷۵	۶۰	۵۳	۱۱۲	CT
۶	۱۰	۷	۲	پرسشهایی که AT را اندازه می‌گیرد BA
۱۰۵	۶۲	۱۳۳	۱۱۹	AT
۱۲۱	۱۲۴	۱۰۰	۱۳۹	CT
۲	۱	۴	۰	پرسشهایی که عمل طرحواره مرکزی را اندازه‌گیری می‌کند BA
۴	۲	۹	۰	AT
۵۹	۸۲	۶۰	۳۴	CT

توجه: در هر موقعیت  $n=27$  است. بالاترین نمره‌ای که در سراسر این مداخلات درمانی حاصل شده است. درجه‌بندی‌ها براساس یک مقیاس درجه‌بندی لیکرت قرار داشت که این درجه‌بندی از هرگز (۰) تا بیشترین فراوانی (۶) می‌باشد. در اینجا میانگین‌ها در ده ضرب شده‌اند تا تفاوتها را واضحت‌ر نشان دهند. تحلیلها نیز براساس نمرات خام قرار داشت.

CT = درمان شناختی رفتاری، AT = افکارخودآیند، BA = فعالسازی رفتاری

- 1- early
- 2- middle
- 3- late

جدول ۳

میانگین نمرات پیش‌درمان پس‌درمان و شش ماه پیگیری در BDI و HRSD برای چهارنمونه از آزمودنیها در هر موقعیت

F(df), P	CI (SD) M n	ΔI (SD) M n	BA (SD) M n	افسردگی و اندازه
				کل نمونه (n=۱۴۹) BDI
F(۲, ۱۴۸) ns	(۶/۳) ۲۹/۸ ۵۰	(۶/۶) ۲۹/۱ ۴۳	(۶/۶) ۲۹/۳ ۵۶	پیش (درمانی)
F(۲, ۱۴۵) ns	(۹/۶) ۱۰/۱ ۵۰	(۹/۳) ۱۰/۶ ۴۳	(۷/۹) ۹/۱ ۵۶	پس (درمانی)
F(۲, ۱۳۲) ns	(۸/۶) ۱۰/۳ ۴۷	(۸/۲) ۹/۳ ۳۹	(۶/۶) ۸/۵ ۵۰	شش ماه
				HRSD
F(۲, ۱۴۸) = ۳/۵, p/۰.۰۵	(۱/۴) ۱۹/۱ ۵۰	(۱/۴) ۱۹/۱ ۴۲	(۳/۹) ۱۷/۴ ۵۶	پیش
F(۲, ۱۳۸) ns	(۶/۷) ۷/۲ ۴۸	(۵/۸) ۶/۹ ۴۰	(۱/۶) ۶/۴ ۵۳	پس
F(۲, ۱۳۲) ns	(۵/۱) ۶/۴ ۴۷	(۵/۱) ۷/۷ ۳۹	(۱/۸) ۶/۶ ۵۰	شش ماه
				کامل کنندگان حداکثر (n=۱۲۹) Maximum completers
				BDI
F(۲, ۱۲۶) ns	(۵/۹) ۲۸/۹ ۴۴	(۷) ۲۹/۲ ۳۷	(۷/۳) ۲۹/۳ ۴۸	پیش
F(۲, ۱۲۸) ns	(۹/۲) ۹/۷ ۴۴	(۸/۷) ۹/۱ ۳۷	(۷/۹) ۸/۵ ۴۸	پس
F(۲, ۱۲۰) ns	(۸/۷) ۱۰/۴ ۴۳	(۸/۴) ۹/۱ ۳۷	(۷/۸) ۸/۳ ۴۴	شش ماه
				HRSD
F(۲, ۱۲۶) = ۲/۷, ns	(۳/۳) ۱۸/۶ ۴۴	(۱/۱) ۱۹/۱ ۳۷	(۳/۸) ۱۷/۳ ۴۸	پیش
F(۲, ۱۲۵) ns	(۵/۷) ۶/۸ ۴۴	(۵/۶) ۶/۴ ۳۷	(۱/۸) ۶/۵ ۴۷	پس
F(۲, ۱۲۰) ns	(۱/۸) ۶/۲ ۴۳	(۶/۳) ۷/۶ ۳۷	(۱/۹) ۶/۷ ۴۴	شش ماه
				کامل کنندگان (n=۱۳۷) Completers
				BDI
F(۲, ۱۳۴) ns	(۶/۲) ۲۹/۵ ۴۸	(۶/۹) ۲۹ ۳۹	(۷/۱) ۲۹/۲ ۵۰	پیش
F(۲, ۱۳۴) ns	(۹) ۹/۳ ۴۸	(۸/۶) ۹/۳ ۳۹	(۷/۸) ۸/۴ ۵۰	پس
F(۲, ۱۲۷) ns	(۸/۶) ۱۰/۳ ۴۷	(۸/۳) ۹/۲ ۳۸	(۷/۶) ۸/۲ ۴۶	شش ماه پیگیری
				HRSD
F(۲, ۱۳۴) = ۳/۲, p/۰.۰۵	(۱/۲) ۱۸/۹ ۴۸	(۱) ۱۹/۱ ۳۹	(۳/۷) ۱۷/۴ ۵۰	پیش
F(۲, ۱۳۱) ns	(۵/۷) ۶/۷ ۴۷	(۵/۵) ۶/۴ ۳۸	(۱/۷) ۶/۵ ۴۹	پس
F(۲, ۱۲۷) ns	(۵/۱) ۶/۴ ۴۷	(۶/۲) ۷/۷ ۳۸	(۱/۹) ۶/۵ ۴۶	شش ماه پیگیری
				افت کنندگان (n=۱۳) Dropout
				BDI
F(۲, ۹) = ۱/۰۴, ns	(۷/۱) ۳/۶ ۲	(۳/۴) ۲/۵ ۱	(۶/۲) ۳/۳ ۶	پیش
F(۲, ۹) = ۳/۱۸, ns	(۷/۸) ۲/۵ ۲	(۳/۲) ۲/۸ ۱	(۷/۹) ۱/۵ ۶	پس
				HRSD
F(۲, ۹) = ۰/۷۹, ns	(۸/۵) ۲/۴ ۲	(۲/۲) ۲/۸ ۱	(۵/۳) ۱/۷ ۶	پیش
F(۲, ۴) = ۳/۶, ns	(۰) ۳/۲ ۱	(۸/۵) ۱/۵ ۲	(۱/۵) ۶/۲ ۱	پس



توجه: BDI = پرسشنامه افسردگی بک HRSD = مقیاس درجه بندی افسردگی میلتون: BA = فعالسازی رفتاری AT = افکار خودآیند: CT = درمان شناختی - رفتاری؛ پیش (post) = پس درمان هشت نفر از نمونه کامل کنندگان برای پس آزمون در دسترس نبوده و نمره HRSD نداشتند. نمرات BDI از جلسه نهایی درمان اکتساب شد. یکی از آزمودنیهای نمونه کامل کنندگان برای پس آزمون در دسترس نبوده و بنابراین نمره HRSD نداشت. دو نفر از آزمودنیها در نمونه نیمه کامل کنندگان (partial completer) در مرحله پس آزمون در دسترس نبوده و نمره HRSD نداشتند. پنج نفر از نمونه کامل کنندگان در مرحله پس آزمون موجود نبوده و نمره HRSD نداشتند.

## جدول ۴

درصد بهتر شده گان و بهبود یافته گان هر موقعیت درمانی در پس آزمون

وضعیت	CT		AT		BA	
	N	%	N	%	N	%
کل نمونه (n=149)						
بهرتر نشده	16	37	18	41/9	22	39/3
بهرتر شده	24	68	20	80/1	24	60/7
بهبود یافته	28	56	22	51/2	26	66/4
کامل کنندگان حداقلی (n=129)						
بهرتر نشده	13	29/0	13	30/1	18	37/0
بهرتر شده	31	70/0	24	64/9	30	62/0
بهبود یافته	20	57/8	21	57/8	24	50
کامل کنندگان (n=137)						
بهرتر نشده	14	29/2	14	5/9	19	38
بهرتر شده	24	70/8	20	64/1	31	62
بهبود یافته	28	58/3	22	57/4	20	50
افت کنندگان (n=12)						
n	2	100	4	100	3	50
بهرتر نشده	0	0	0	0	3	50
بهرتر شده	0	0	0	0	1	16/7
بهبود یافت						

توجه: بهتر شده به عنوان عدم وجود اختلال افسردگی اساسی در پس آزمون و نمره پایتتر از 8 در پرسشنامه افسردگی یک تعریف شد. ارزشهای P (که تمام آنها معنی دار نبودند) بر اساس تحلیل های برخی دو محاسبه شدند. BA = فعالسازی رفتاری: AT = افکار خودآیند: CT = درمان شناختی - رفتاری

## جدول ۵

درصد آزمودنی‌هایی که در دوره پیگیری شش ماهه دارای عود بوده اند.

(n, %)

CT	AT	BA	وضعیت
(۷) ۱۸/۹ (۳۰) ۸۱/۱	(۲) ۷/۷ (۲۴) ۹۲/۳	(۶) ۱۵ (۳۴) ۸۵	کاملاً بهبود یافته دارای عود بدون عود
(۷) ۲۸ (۱۸) ۷۲	(۱) ۵ (۱۹) ۹۵	(۵) ۲۰/۸ (۱۹) ۷۹/۲	بهبود یافت (BDI) (۸) دارای عود بدون عود
(۶) ۲۲ (۲۱) ۷۷	(۳) ۱۳/۶ (۱۹) ۸۶/۴	(۴) ۱۶/۷ (۲۰) ۸۳/۸	بهبود یافته (HRSD) (۸) دارای عود بدون عود

توجه: منظور از کامل بهبود یافته آزمودنی‌هایی بودند که براساس دومین نسخه مصاحبه ارزیابی پیگیری فاصله‌ای طولی به مدت حداقل هشت هفته متوالی فاقد نشانه‌های بوده یا دارای حداقل نشانه بودند. منظور از بهبود یافته (BDI) (۹) آزمودنی‌هایی بودند که حداقل به مدت دو هفته قبل از پس‌آزمون فاقد نشانه بوده یا دارای حداقل نشانه بودند علاوه بر این دارای نمره کمتر از ۹ در BDI در پس‌آزمون بودند. منظور از بهبود یافته (HRSD) (۸) آزمودنی‌هایی بودند که حداقل به مدت دو هفته قبل از پس‌آزمون فاقد نشانه بوده یا دارای حداقل نشانه بودند. علاوه بر این دارای نمره کمتر از ۸ در مقیاس درجه‌بندی افسردگی‌ها میلتون HRSD بودند. BA = فعال‌سازی رفتاری: AT = افکار خودآیند: CT = درمان شناختی - رفتاری.

## جدول ۶

میانگین تعداد هفته‌های سلامتی در طی دوره پیگیری شش ماهه براساس هر موقت درمانی

F (dfs) و P	انحراف استاندارد میانگین			وضعیت
	CT	AT	BA	
F (۲,۹۷) = ۱/۲ و Ns	۱۹/۸ (۷/۸)	۲۰/۵ (۷/۳)	۲۲/۲ (۵/۲)	کامل بهبود یافته
F (۳,۶۹) = ۱۸/۲ و Ns	۱۸/۲ (۹/۶)	۲۰/۶ (۷/۸)	۲۲/۱ (۵/۶)	بهبود یافته (BDI) (۹)
F (۲,۷۳) = ۲/۵ و Ns	۲۰/۴ (۹/۴)	۱۹/۴ (۸/۷)	۲۳/۳ (۳/۴)	بهبود یافته (HRSD) (۸)

توجه: منظور از کامل بهبود یافته آزمودنی‌هایی بودند که براساس دومین نسخه مصاحبه ارزیابی پیگیری فاصله‌ای طولی به مدت حداقل ۸ هفته متوالی فاقد نشانه بوده یا از حداقل نشانه برخوردار بوده‌اند. منظور از بهبود یافته (BDI) (۹) آزمودنی‌هایی بودند که حداقل به مدت دو هفته قبل از پس‌آزمون فاقد نشانه یا دارای حداقل نشانه بوده و دارای نمره ۹ در BDI در پس‌آزمون بودند منظور از بهبود یافته (۸)

HRSD) آزمودنی‌هایی بودند که حداقل به مدت دو هفته قبل از پس‌آزمون فاقد نشانه یا دارای حداقل نشانه بودن و دارای نمره کمتر از ۸ در مقیاس درجه‌بندی افسردگی هامیلتون HRSD بودند منظور از هفته‌های سلامتی هفته‌هایی بود که در حل آنها: الف) هیچگونه نشانه افسردگی یا ب) حداقل نشانه افسردگی بر اساس مصاحبه LIFE کدگذاری شد. AB = فعال‌سازی رفتاری: AT = افکار خودآیند: CT = درمان شناختی - رفتاری.

## جدول ۷

همبستگی‌های بین تغییر مکانیزم‌های پیشین و تغییر افسردگی پسین در هر موقعیت درمانی

CT	BA	اندازه مکانیزم
		EASQ
٪۲۱	-٪۱	غیر قابل کنترل
٪۱۴	٪۲۷	درونی
٪۳	٪۴۵	پایدار
٪۲۲	٪۳۸	کلی
		PES
-٪۲۹	٪۱۷	فراوانی
-٪۲۵	-٪۲۶	لذت
-٪۲	٪۲۶	DAS

توجه: BA = فعال‌سازی رفتاری: CT = درمان شناختی - رفتاری: EASQ = پرسشنامه الگوی استنادی توسعه‌ای: PES = جدول رویدادهای لذتبخش: DAS = مقایس نگرش‌های ناکارآمد. سطوح احتمالی در موقعیتی که ارتباط پیش‌بینی می‌شد یک دامنه و هنگامی که ارتباط قابل پیش‌بینی نبود دو دامنه بود.