

## اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر روی نشانه‌های افسردگی و اندیشناکی در افراد با سابقه یک دوره افسردگی اساسی: طرح تک موردی

حمید خانی پور<sup>1</sup>، احمد برجعلی<sup>2</sup>، پروانه محمد خانی<sup>3</sup>، فرامرز سهرابی<sup>4</sup>

تاریخ وصول: تاریخ پذیرش:

### چکیده

هدف: هدف این پژوهش بررسی اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر روی نشانه‌های افسردگی و اندیشناکی در افراد با سابقه دوره پیشین افسردگی اساسی بود. روش: MBCT<sup>5</sup> برای چهار بیمار مبتلا به اختلال افسردگی اساسی در قالب یک طرح مطالعه تک موردی با خطوط پایه چندگانه به مدت هشت جلسه یک ساعته با دوره پی گیری یک ماهه اجرا شد. برای ارزیابی تغییرات از پرسشنامه افسردگی، سیاهه افسردگی بک و مقیاس پاسخ به شیوه اندیشناکی استفاده شد.

1. دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه علامه طباطبایی [khanipur.hamid@gmail.com](mailto:khanipur.hamid@gmail.com)

2. استادیار دانشگاه علامه طباطبایی

3. استاد دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

4. دانشیار دانشگاه علامه طباطبایی

یافته‌ها: نتایج بررسی که درصد بهبودی بالینی برای نشانه‌های افسردگی و اندیشناکی برای کل شرکت کننده‌ها 78% و 47% است. این نتایج برای سه بیمار از لحاظ بالینی معنادار به دست آمد.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد که MBCT در قالب جلسات انفرادی درمان مؤثری در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی است.

واژگان کلیدی: درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن، افسردگی، اندیشناکی

#### مقدمه

افسردگی اختلال عاطفی جدی و مشکل مهمی برای سلامتی است. خطر ابتلا به افسردگی در طول عمر برای زنان 10 تا 25 درصد و برای مردان 5 تا 12 درصد است. خودکشی به مثابه عوارض افسردگی، یکی از دلایل عمده ایست که به مرگ می‌انجامد (انجمن روان پزشکی آمریکا، 1994). افسردگی اساساً یک اختلال بالینی عود کننده است، به گونه‌ای که بیش از 80 درصد از افرادی که دوره‌ای از افسردگی را تجربه کرده‌اند به احتمال فراوان تجربه دوره‌های متعدد دیگری را نیز در طول دوره زندگی خواهند داشت (کوپفر و همکاران<sup>1</sup>، 1992).

شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن (MBCT)<sup>2</sup> برخاسته از پژوهشی گسترده در حوزه شناسایی عوامل و فرایندهای شناختی پیش‌بینی کننده عود افسردگی است که توسط سگال<sup>3</sup>، ویلیامز<sup>4</sup> و تیزدل (2002) توسعه داده شده است. پیش از این اساس مدل شناخت درمانی برای افسردگی مبتنی بر نقشی بود که به نگرش‌های نا کارآمد در زمینه خود ارزشمندی (طرحواره اجتماع پیروی) و استقلال طلبی (طرحواره خود پیروی) داده می‌شد و دیدگاه اصلی در تبیین

- 
1. Kupffer et al
  2. Mindfulness Based Cognitive Therapy
  3. Segal
  4. Williams

کاهش عود افسردگی پس از انجام شناخت درمانی تغییر محتوایی این باورها در نظر گرفته می‌شد، اما نتایج تحقیقات مختلف حمایت زیادی از این پیش فرض‌ها نکرد: بر اساس مدل شناختی رفتاری کلاسیک انتظار بر این است که بیماران با سابقه دوره‌های افسردگی که در دوره بهبودی به سر می‌برند نمرات بالاتری را در مقیاس نگرش‌های ناکارآمد در مقایسه با گروهی که سابقه بیماری را نداشته‌اند کسب کنند، اما نتایج مطالعاتی که این پیش بینی را آزموده‌اند تفاوت معناداری را در نگرش‌های ناکارآمد در میان این گروه‌ها نشان نداده است (هاگا<sup>1</sup>، دیک<sup>2</sup> و ارنست<sup>3</sup>، 1991). همچنین محققین در حوزه CBT<sup>4</sup> سه دلیل را برای نشان دادن این ادعا که تغییر محتوای شناختی از طریق چالش ورزی مهم‌ترین عامل اثر بخشی درمان نیست ارائه کرده‌اند: الف) تحقیقات تحلیل مؤلفه‌ای<sup>5</sup> درمان‌های CBT<sup>6</sup> نتوانستند نشان دهند که مداخله‌های شناختی اثر معناداری را به درمان اضافه می‌کنند. ب) در بیشتر درمان‌های CBT پیش از اجرای مداخله‌های شناختی ویژه تغییرات سریعی در نشانه‌ها به وجود می‌آید. ج) اطلاعات اندکی درباره این ادعا که تغییر دادن واسطه‌های شناختی برانگیزاننده تغییر نشانه‌ای هستند وجود دارد (لانگ مور<sup>7</sup>، ورل<sup>8</sup>، 2007).

حضور ذهن<sup>9</sup> به مثابه حالت شناختی موثر و بدیل نگریسته می‌شود که با دارا بودن ویژگی‌هایی مانند: نیت مند بودن، غیر قضاوتی بودن، برابر نگرفتن افکار با واقعیت‌ها و فعال کردن حالت ذهنی بودن می‌تواند آنتی تز پاسخ‌های راجعه حالت‌های کژ کار ذهنی باشد. از سوی دیگر هدفی که در حضور ذهن (یعنی کنترل توجه) دنبال می‌شود می‌تواند در خارج

1. Haaga
2. Dyck
3. Ernst
4. Cognitive Behavioral Therapy
5. Component analyses
6. Cognitive Behavioral Therapy
7. Longmore
8. Worrell
9. Mindfulness

شدن از چرخه‌های اندیشناکی کمک کننده باشد (تیزدل، سگال و ویلیامز، 1995). از اولین پژوهش‌ها بر روی حضور ذهن، آن را به حکم شیوه‌ای برای کنترل توجه معرفی کرده‌اند و بسیاری از محققین هسته اصلی نظریه‌های جدید که در آن از حضور ذهن استفاده می‌شود را بر محور کارکرد توجه قرار داده‌اند (بیشاپ و همکاران، 2004).

هدف اصلی توسعه MBCT<sup>1</sup> کار با بیماران افسرده‌ای بود که در دوره بهبود نسبی<sup>2</sup> به سر می‌بردند. تأثیر این روش برای آن دسته از بیماران افسرده‌ای که در گذشته سه دوره یا بیشتر را تجربه کرده‌اند تایید شده است (تیزدل، سگال، ویلیامز، ریچدوی<sup>3</sup>، سولسبی<sup>4</sup> و لو<sup>5</sup>، 2000؛ ما<sup>6</sup> و تیزدل، 2004). علاوه بر این در پژوهش‌های جدید از این رویکرد در درمان بیماران افسرده مقاوم به درمان (کنی<sup>7</sup> و ویلیامز، 2007) و درمان نشانه‌های باقی‌مانده افسردگی (کینگستون<sup>8</sup>، دولی<sup>9</sup>، بیتس<sup>10</sup>، لالر<sup>11</sup> و مالون<sup>12</sup>، 2007) نیز استفاده شده است. با این حال نقدهایی بر این پژوهش‌ها وجود دارد. بیر<sup>13</sup> (2003) به این مسئله نقد دارد که اکثر درمان‌هایی که به بررسی تأثیر MBCT پرداخته‌اند به صورت طرح‌های پیش‌آزمون - پس‌آزمون و فاقد گروه کنترل واقعی بوده‌اند. در برخی دیگر از نقدها نتایج مثبت مطالعه اولین کارآزمایی MBCT را این گونه زیر سوال برده‌اند که ترکیب دو روش شناخت درمانی و درمان مبتنی بر حضور ذهن هرگز نمی‌تواند اثر خالص حضور ذهن را در کاهش عود و نتایج به دست آمده تبیین کند

<sup>1</sup>. Mindfulness Based Cognitive Therapy

<sup>2</sup>. remission

<sup>3</sup>. Ridgeway

<sup>4</sup>. Soulsby

<sup>5</sup>. Lau

<sup>6</sup>. Ma

<sup>7</sup>. Kenny

<sup>8</sup>. Kingeston

<sup>9</sup>. Dooly

<sup>10</sup>. Bates

<sup>11</sup>. Lawlor

<sup>12</sup>. Malone

<sup>13</sup>. Bear

(بیشاپ<sup>1</sup>، لو<sup>2</sup>، شاپیرو<sup>3</sup>، کارلسون<sup>4</sup>، اندرسون<sup>5</sup> و کارمدی<sup>6</sup>، 2004). یکی دیگر از نقدهایی که نقدهایی این پژوهش در راستای پوشش به آن است، عدم اجرای این روش در قالب برنامه انفرادی است. زیرا اگر پیش بینی‌های این مدل صحیح باشد انتظار داریم اثرهای درمانی را در درمان انفرادی نیز مشاهده کنیم (ویلیامز، 2008). بر این اساس در این پژوهش تأثیر MBCT در قالب یک طرح مطالعه تک موردی بر روی نشانه‌های افسردگی و اندیشناکی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی بررسی شده است.

### روش پژوهش

در این پژوهش از طرح تک موردی به صورت خط پایه‌ای چندگانه<sup>7</sup> استفاده شده است. بیماران در سطح پایه‌ای بدون درمان دو هفته قرار گرفتند تا حالت ثابتی در سطح پایه برقرار گردد. پس از پشت سر گذاشتن این دوره سطح پایه، MBCT به صورت هفتگی اجرا شد. متغیر مستقل در این مطالعه درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن و متغیرهای وابسته تغییرات درمانی حاصل از کاربرد این شیوه‌ی درمانی در مقیاس‌های افسردگی و اندیشناکی بودند. جامعه پژوهش حاضر را کلیه مراجع‌کنندگان با تشخیص افسردگی اساسی مراجعه‌کننده به بیمارستان امام حسین (ع) تهران تشکیل می‌دادند که دارای پرونده فعال بودند. نمونه‌گیری به صورت در دسترس و هدفمند انجام گرفت. با توجه به طرح پژوهش حاضر از تعداد چهار مراجع استفاده شد. روان‌پزشک بر اساس ملاک‌های مدنظر، بیماران واجد شرایط را به درمانگر ارجاع می‌داد. درمانگر بیمار را در جریان پژوهش قرار می‌داد و فرم رضایت آگاهانه را در اختیار ایشان قرار می‌داد. در صورت اعلام موافقت و امضای فرم یاد شده، بیمار به مثابه نمونه‌ی

1. Bishop

2. Lau

3. Shapiro

4. Carlson

5. Anderson

6. Carmody

7. multiple baseline design

پژوهش وارد درمان می‌گردید. بر اساس ملاک‌های فوق از میان ده بیمار غربال شده چهار بیمار با اختلال افسردگی اساسی که با ملاک‌های پژوهش هم‌خوانی داشتند (سه زن و یک مرد) انتخاب شدند و با روش پلکانی وارد درمان شدند. ملاک‌های ورود عبارتند از: 1- تشخیص افسردگی اساسی بر اساس نظر روان‌پزشک و تأیید آن با مصاحبه بالینی ساختار یافته SCID-IV<sup>1</sup> 2- دامنه سنی بین 18 تا 40 سال 3- تحصیلات حداقل دیپلم 4- ثابت ماندن دوز دارویی برای هشت هفته 5- سابقه یک دوره یا بیشتر افسردگی از قبل معیارهای خروج: 1) داشتن ایده پردازی خودکشی یا اقدام به خودکشی در شش ماه گذشته 2) سوء مصرف مواد. ابزارهای پژوهش عبارتند از:

#### مصاحبه بالینی ساختار یافته (SCID-IV)

مصاحبه بالینی ساختار یافته دارای دو نسخه است. در این پژوهش از نسخه پژوهشی استفاده شد. این نسخه بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-IV تنظیم شده است و برای تشخیص گذاری بالینی اختلالات محور I از آن استفاده می‌شود. پایایی آزمون - بازآزمون 0/85 را برای این ابزار مشخص شده است (فرست<sup>2</sup>، اسپیتزر<sup>3</sup>، گیبب<sup>4</sup>، ویلیامز<sup>5</sup>، 2002؛ ترجمه محمد خانی و همکاران، 1384).

#### پرسشنامه افسردگی (DQ)<sup>6</sup>

این پرسش‌نامه که از هفت سوال تشکیل شده است و به حکم خود ارزیابی سریع از وضعیت خلقی بیماران توسعه داده شده است. پاسخ‌ها در یک مقیاس 9 درجه‌ای از (0= اصلاً مشکل

- 
1. Structured Clinical Interview for DSM-IV
  2. First
  3. Spitzer
  4. Gibbon
  5. Williams
  6. Depression Questionnaire

ندارم تا 8 = به شدت مشکل دارم) نمره گذاری می‌شوند. در این مقیاس از بیمار خواسته می‌شود هفت عبارت که شش تا از آن‌ها درباره احساسات و افکار مرتبط با افسردگی و یکی نیز در ارتباط با سایر انواع احساسات است را بخوانند و بر اساس یک مقیاس 8 درجه‌ای آن را نمره گذاری کنند (امری<sup>1</sup>، 1384). این پرسشنامه در نقش مقیاسی سریع برای برآورد شدت افسردگی مورد استفاده قرار می‌گیرد و به عنوان یک ابزار استاندارد نیست و کارکرد آن همانند برآورد شدت ناراحتی ذهنی با مقیاس ناراحتی ذهنی (SUD<sup>2</sup>) است.

### سیاهه افسردگی بک (BDI<sup>3</sup>)

این سیاهه از 21 گویه تشکیل شده که به اندازه گیری نشانه‌های افسردگی که فرد در طی دو هفته گذشته تجربه کرده است می‌پردازد. هر گویه بر اساس درجه بندی 4 نمره‌ای به شیوه‌ی لیکرتی (0= من احساس غمگینی می‌کنم) تا (3= من آنقدر احساس غمگینی می‌کنم که نمی‌توانم سر پا بایستم) نمره گذاری می‌شود. اعتباریابی سیاهه افسردگی بک در نمونه بیماران افسرده ایرانی نشان داد که ضریب اعتبار کل BDI برابر با 0/91 است و نتایج تحلیل عاملی BDI سه عامل را به دست داد که وزن عاملی آن به ترتیب 37/43، 43/64 و 49/23 بودند. ضرایب همبستگی هر آیت با کل پرسشنامه 0/68 به دست آمده است و همچنین ضریب آزمون باز آزمون این پرسشنامه برابر با 0/94 محاسبه شده است (دابسون<sup>4</sup> و محمدخانی، 1384).

1. Emrey
2. Subjective Unit of Distress
3. Beck Depression Inventory-II
4. Dobson

مقیاس پاسخ به شیوه اندیشناکی ( $RRS^1$ ) از پرسشنامه سبک پاسخ ( $RSQ^2$ ): این پرسشنامه از 71 گویه تشکیل شده است که انواع پاسخ‌های مقابله‌ای افراد به خلق افسرده را در سه حیطه مورد ارزیابی قرار می‌دهد: حل مسئله، راهبرد حواس پرت‌کن، اقدام به فعالیت‌های مخاطره آمیز نمودن و اندیشناکی. 22 گویه از این مقیاس پاسخ‌های مرتبط با اندیشناکی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد که آن را مقیاس پاسخ به شیوه اندیشناکی نام‌گذاری کرده‌اند. نولن- هوکسما<sup>3</sup> (1991) همسانی درونی  $RRS$  را مطلوب ارزیابی کرده است ( $0/89=$ آلفا). روایی همسانی درونی زیرمقیاس‌های  $RRS$  به ترتیب برای غرقه شدن در افکار ( $0/67=$ آلفا) و برای تعمق انعکاسی ( $0/86=$ آلفا) محاسبه شده است (ترینر<sup>4</sup>، گونزالز<sup>5</sup> و نولن- هوکسما، 2003). خصوصیات روان‌سنجی این مقیاس توسط لطفی نیا (1386) مورد بررسی قرار گرفته است و ضریب پایایی آن با اجرا بر روی 54 نفر دانشجوی با فاصله زمانی سه هفته  $0/82$  گزارش شده است.

#### ویژگی‌های شرکت‌کننده‌ها

شرکت‌کننده اول: خانم 40 ساله، مجرد دارای تحصیلات دیپلم، عضو خانواده‌ای شش نفره و فرزند آخر. سابقه 13 سال ابتلا به اختلال افسردگی اساسی، دو بار اقدام به خودکشی و سه بار بستری در بیمارستان امام حسین (ع) که بیشتر این رویدادها در سه سال اول بیماری بوده است. به دارو درمانی ادامه می‌دهد. داروهای مصرفی او عبارت بودند از سیتالوپرام، نورتریپتیلین و آلپروزولام با دوز روزانه 225 میلی‌گرم.

- 
1. Ruminative Response Scale
  2. Response Style Questionnaire
  3. Nolen-Hoeksema
  4. Treynor
  5. Gonzalez



**شرکت کننده دوم:** خانم 32 ساله صاحب دو فرزند با تشخیص افسردگی اساسی و سابقه یک بار بستری شدن به مدت دوازده روز. داروهای مصرفی بیمار عبارت بودند از لیتیوم، تیوتکسین و بیپریدین با دوز روزانه 200 میلی گرم. بیمار سابقه روان درمانی در گذشته ندارد و طبق گزارش شخصی از دو سال پیش به دنبال یک ناسازگاری زناشویی مشکلاتش شروع شده است.

**شرکت کننده سوم:** آقای 24 ساله دانشجوی کارشناسی ارشد با تشخیص افسردگی اساسی که در زمان اجرای پژوهش در دوره بهبودی نسبی به سر می برد. سابقه چهار ساله افسردگی با دارو درمانی نورتریپتین با دوز روزانه 100 میلی گرم. بیمار اولین دوره را در جریان دوره کارشناسی به دنبال یک مشکل بین فردی تجربه کرده بود و پس از آن به صورت متناوب وقوع دوره های افسردگی را گزارش نمود.

**شرکت کننده چهارم:** خانم 25 ساله دانشجوی کارشناسی با تشخیص اصلی اختلال افسردگی اساسی و تشخیص همبود پانیک و عضو یک خانواده پنج نفری. بیمار داروهای سیتالوپرام و آلپروزولام با دوز روزانه 80 میلی گرم مصرف می کرد. شروع بیماری از یک سال قبل با شکایت بی خوابی و بی انگیزگی بود.

### برنامه درمان

درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن در این پژوهش به صورت درمان انفرادی به کار گرفته شد. برنامه درمان در هشت جلسه به همراه یک جلسه مصاحبه جهت دهی انجام شد. سرفصل ها و موضوعات و تمرین ها و تکالیف هر جلسه بر اساس راهنمای عملی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن (سگال، ویلیامز و تیزدل، 2002؛ ترجمه محمد خانی و همکاران، 1386) و برای فرمول بندی انفرادی برای هر بیمار بر اساس نقش اندیشناکی از پرسش های آشناسازی

با اندیشناکی راهنمای درمان فراشناختی (ولز<sup>1</sup>، 2009) استفاده شد. هر جلسه به جز جلسه اول با یک تمرین حضور ذهن رسمی (وارسی بدنی، مراقبه نشسته) آغاز می‌شد و جلسه نیز با انجام یکی دیگر از تمرین‌های حضور ذهن رسمی (سه دقیقه فضای تنفس) به پایان می‌رسید. پس از هر بار انجام تمرین، مضامین مرتبط با تمرین‌ها و اهدافی که در برنامه برای هر جلسه تبیین شده بود (برای مثال: هدایت خودکار در جلسه اول، بودن در بدن در جلسه دوم و پذیرش در جلسه پنجم) با بیمار مورد بررسی و کاوش قرار می‌گرفت. اجزای آموزشی برنامه نیز که بر اساس تمرین‌های برنامه درمان شناختی رفتاری افسردگی بود (برای مثال آموزش ABC، تکنیک‌های فعال سازی رفتاری، آموزش روانی درباره افسردگی) در هر جلسه با بیمار بر اساس راهنمای درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن کار شد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نمایش نموداری، شاخص درصد بهبودی  $\Delta I$  و شاخص تغییر پایا (RCI)<sup>2</sup> استفاده شده است. هدف از محاسبه RCI تعیین معناداری بالینی نتایج با استفاده از این شاخص و نمره برش است.

## نتایج

داده‌های توصیفی شرکت‌کننده‌ها به صورت میانگین و انحراف معیار کل چهار شرکت‌کننده در مقیاس‌های اندازه‌گیری پژوهش در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و دوره پی‌گیری در جدول 1 نشان داده شده است. بر اساس نتایج به دست آمده در مقیاس‌ها، کاهش قابل توجهی در شدت افسردگی و اندیشناکی بین مراحل خط پایه، پس آزمون و پی‌گیری مشاهده می‌شود. هر چند نمرات در دوره پی‌گیری گرایش به افزایش داشته‌اند.

جدول 1. میانگین و انحراف معیار چهار شرکت‌کننده در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و دوره پی‌گیری

---

1. Wells  
2. Reliable Change Index

مقیاس ها	پیش آزمون		پس آزمون		دوره پی گیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پرسشنامه افسردگی	35/50	25/12	6/50	3/10	7/75	1/70
سیاهه افسردگی بک	26/50	4/79	8	2/16	11/25	2/98
پاسخ به شیوه نشخوار فکری	61/50	4/79	39	9/12	40	7/87

تغییرات نمرات شرکت کننده و شاخص درصد بهبودی برای نمرات افسردگی بر اساس پرسشنامه افسردگی در جدول 2 نشان داده شده است. درصد بهبودی کلی براساس DQ، 72/5% محاسبه شد.

جدول 2. تغییرات نمرات شرکت کننده ها و درصد بهبودی در پیش آزمون، پس آزمون و دوره پی گیری

مراحل درمان	شرکت کننده اول	شرکت کننده دوم	شرکت کننده سوم	شرکت کننده چهارم
خط پایه	17/5	26	21/5	35/5
جلسه اول	16	25	36	35
جلسه دوم	12	18	27	22
جلسه سوم	8	20	24	20
جلسه چهارم	8	14	10	19
جلسه پنجم	4	12	9	11
جلسه ششم	6	11	9	16
جلسه هفتم	6	16	6	6
جلسه آخر	4	11	6	5
پی گیری 1 ماهه	6	10	13	7
در صد بهبودی	77%	61%	72%	80%
بهبودی کلی	72/5%			

درصد بهبودی بر اساس نمره به دست آمده در BDI<sup>1</sup> برای هر یک از شرکت کنندگان به شرح زیر به دست آمد: شرکت کننده اول 69/23٪، شرکت کننده دوم 69٪، شرکت کننده سوم 79٪ و شرکت کننده چهارم 61/29٪ درصد بهبودی کلی برای چهار بیمار برابر با 69/5٪ به دست آمد. همچنین شاخص RCI<sup>2</sup> برای شرکت کنندگان به ترتیب معادل با 3/44، 3/87، 3/81، 5/81 به دست آمد. از آنجایی که RCI برای هر چهار شرکت کننده بیشتر از 1/96 به دست آمده است، می‌توان از تصادفی نبودن نتایج به دست آمده به واسطه خطای اندازه‌گیری مطمئن بود و با توجه به اینکه نمره برش برای سه شرکت کننده از میان چهار شرکت کننده پایین‌تر از نمره برش 14 به دست آمده است، می‌توان بر اساس روش شناسی جاکوبسن<sup>3</sup> و توراکس<sup>4</sup> (1991) در مورد نتیجه‌گیری طرح‌های تک موردی بیان کرد که سه بیمار در حوزه بهبود یافته کامل<sup>5</sup> قرار می‌گیرند و برای یک مورد از اعضای نمونه این ملاک صادق نیست، ولی با توجه به این مسئله که شاخص تغییر پایا در این شرکت کننده در سطح معناداری بالینی است، اما نمره برش ملاک مد نظر را برآورده نمی‌کند بر این اساس بیمار سوم با توجه به معیارها در حوزه بهبود نسبی<sup>6</sup> قرار می‌گیرد. شاخص درصد بهبودی اندیشناکی شرکت کنندگان برای شرکت کننده اول تا چهارم به ترتیب 83٪، 52٪، 20٪، 33٪ و شاخص بهبودی کلی برای کل چهار شرکت کننده 47٪ محاسبه شد. همچنین RCI برای شرکت کنندگان به ترتیب 4/34، 4/88، 1/94، 4/15 به دست آمد. بر اساس شاخص تغییر پایا نمی‌توان برای بیمار سوم که RCI برای او کمتر از 1/96 به دست آمده است، قائل به بهبودی پایدار باشیم ولی نمره اندیشناکی در مرحله پس‌آزمون و دوره پی‌گیری به صورت بارزی نشان از آن دارد که شدت به کارگیری اندیشناکی توسط شرکت کنندگان کاهش یافته است. از آنجایی که برای محاسبه معناداری

1

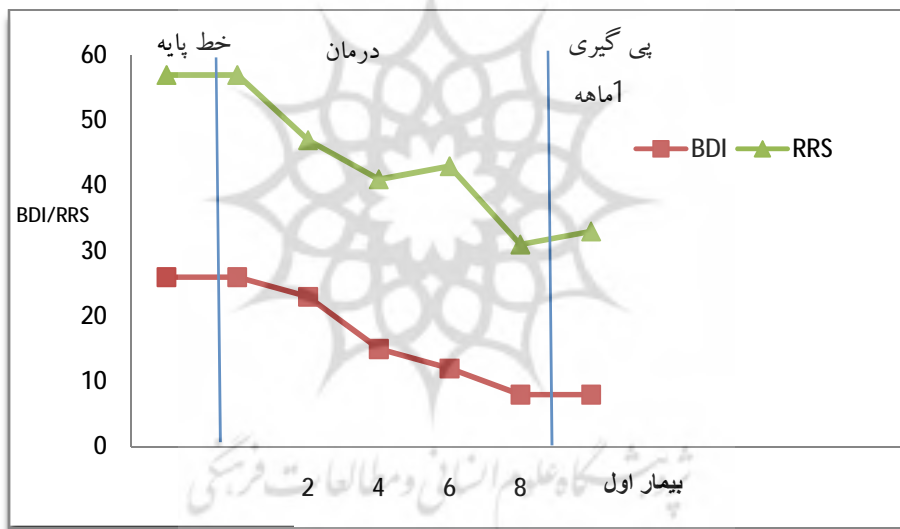
3. Jacobson

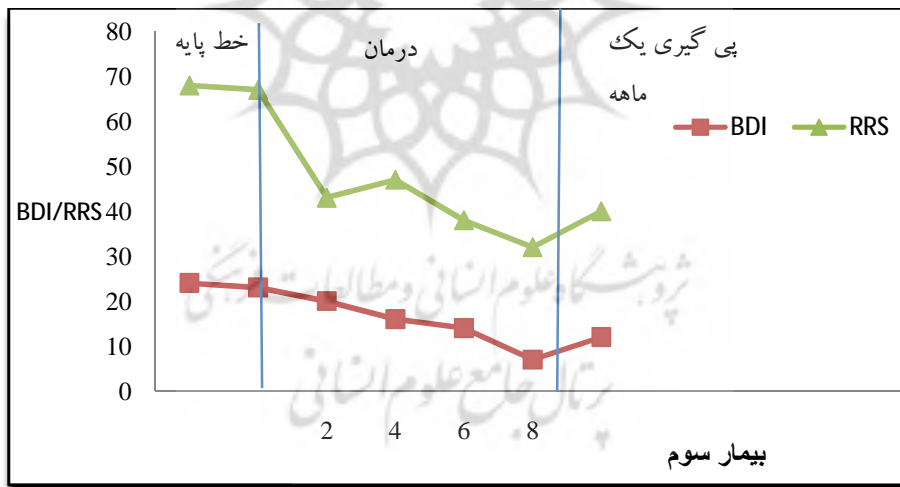
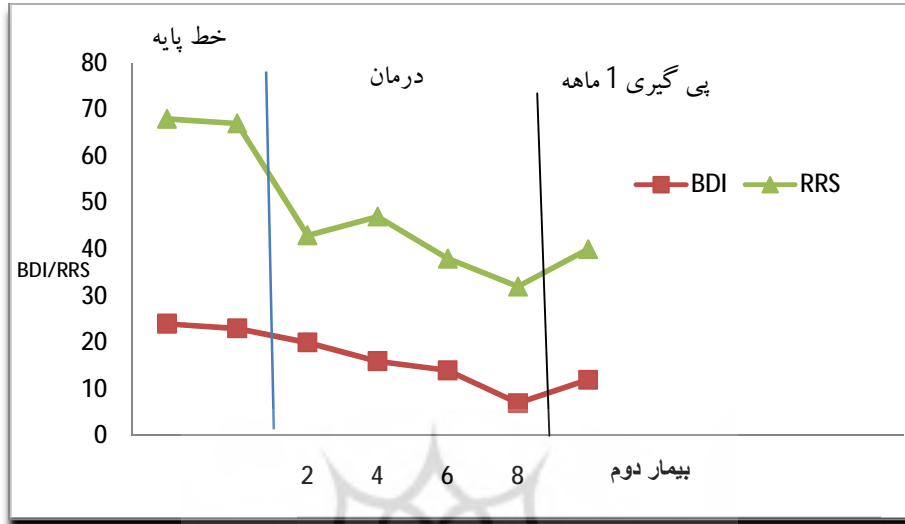
4. Truax

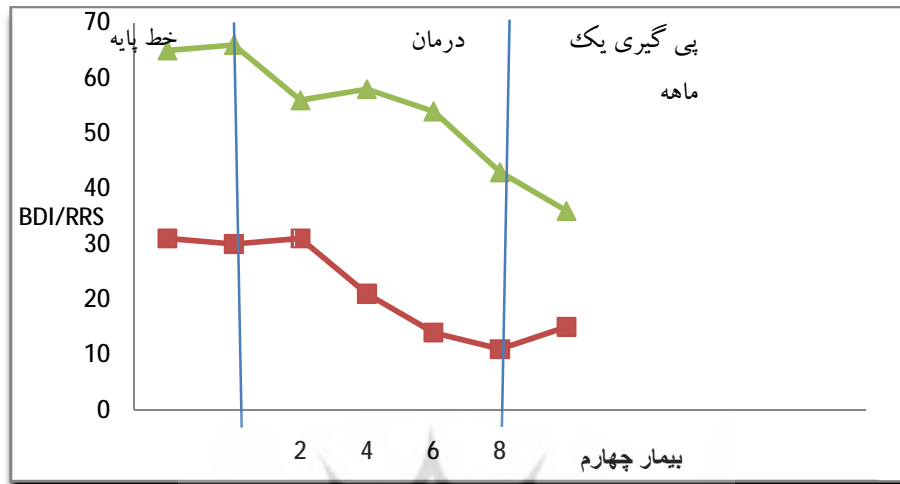
5. recovered

6. improved

بالینی علاوه بر RCI نیاز به نمره برش استاندارد این آزمون داریم و از آنجایی که تحقیقی در این زمینه توسط پژوهشگر مشاهده نشد، به طور دقیق نمی‌توان در این باره قضاوت کرد. اما با توجه به نتایج می‌توان اطمینان داشت که یافته‌ها به واسطه خطای اندازه‌گیری نیست. نمودارهای مربوط به تغییر نمرات در سیاهه افسردگی بک و مقیاس پاسخ به شیوه اندیشناکی شرکت‌کننده‌ها در مراحل خط پایه، دوره درمان و پی‌گیری 1 ماهه







نمودار 1. نمرات در مراحل خط پایه، جلسات 2، 4، 6 و 8 درمان و دوره پی گیری یک ماهه

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد MBCT<sup>1</sup> در کاهش شدت نشانه‌های افسردگی و میزان استفاده از اندیشناکی تأثیرگذار است و در بیش از نیمی از موارد این تغییرات تا دوره پی گیری هم ثابت می‌مانند (در این پژوهش تأثیر درمان برای سه بیمار از میان چهار بیمار به لحاظ بالینی معنادار به دست آمد). بر اساس نتایج این پژوهش می‌توانیم بیان کنیم MBCT قابلیت اجرا در جلسه‌های انفرادی برای مراجعان با یک دوره پیشین افسردگی را دارد. در این زمینه یک پژوهش (هاس<sup>2</sup> و بیر، 2007) گزارش شده است که تأثیر MBCT را در قالب جلسه‌های انفرادی بر روی نشانه‌های افسردگی بر روی اختلال شخصیت مرزی مورد بررسی قرار داده‌اند. با توجه به آنکه در طرح خط پایه چندگانه اثر زمان را می‌توان کنترل کرد می‌توانیم از این مسئله که این تغییرات خود به خودی نبوده‌اند مطمئن شویم. نتایج مطالعه حاضر همچنین همسو

1. Mindfulness Based Cognitive Therapy

2. Huss

با یافته‌های پاپا جورجیو<sup>1</sup> و ولز (2000) است که با یک طرح موردی AB بر روی چهار بیمار افسرده تأثیرات تکنیک آموزش توجه<sup>2</sup> را در سه مرحله پیش‌آزمون، پی‌گیری سه ماهه و شش ماهه بررسی کردند. در آن مطالعه مشخص شد که به کارگیری تکنیکی برای کنترل توجه می‌تواند اثرات مثبتی در کاهش شدت نشانه‌های افسردگی و پیشگیری از عود در بیماران افسرده داشته باشد. جزء اصلی MBCT آموزش شیوه حضور ذهن است و اساساً حضور ذهن شیوه‌ای برای کنترل توجه است و محققین واضع MBCT هدف اصلی استفاده از روش حضور ذهن را کمک به بیماران افسرده برای کنترل توجه جهت دستیابی به شیوه‌ای برای مقاومت در برابر اندیشناکی که به دنبال تغییرات ادراک شده درباره وضعیت جاری و وضعیت مطلوب خلقی به راه می‌افتند بیان نمی‌کرده‌اند (تیزدل، سگال و ویلیامز، 1995). در تعریفی هم که توسط کابات زین<sup>3</sup> (1990) از حضور ذهن ارائه شده است، آن را به عنوان نوعی شیوه توجه کردن معرفی کرده است. توجهی که متمرکز بر هدف، در لحظه حال و بدون قضاوت است.

در تبیین اثر بخشی MBCT<sup>4</sup> می‌توان بیان کرد که تغییر ارتباط با محتواهای شناختی (تمرکززدایی) و مدیریت فرایندهای تفکر می‌تواند بدون چالش گسترده بر روی محتواهای ناکارآمد شناختی به بیماران برای رهایی از علائم افسردگی کمک کند. بر اساس نتایج این پژوهش می‌توان بیان کرد که MBCT می‌تواند به حکم جزیی از طرح درمان شناختی رفتاری برای درمان بیماران افسرده در قالب بافت درمان انفرادی قرار بگیرد.

بخشی دیگر از یافته‌های این پژوهش نشان داد که MBCT در کاهش به کارگیری اندیشناکی در بیماران افسرده تأثیر گذار است. این نتیجه تا حدودی با پیش‌بینی‌های مدل زیر سیستم‌های شناختی متعامل (ICS)<sup>5</sup> و تلویحات درمانی آن هم‌خوانی دارد. این یافته هم‌خوان با یافته کینگستون، دولی، بیتس، لالر و مالون (2007) است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که

- 
1. Papageorgiou
  2. Attention Training Technique (ATT)
  3. Bondolfi et al
  4. Mindfulness Based Cognitive Therapy
  5. Integrated cognitive subsystems



اندیشناکی در بیماران افسرده حتی در دوره‌ای که در وضع طبیعی به سر می‌برند نیز باقی می‌ماند (واتکینز<sup>1</sup> و بریشا<sup>2</sup>، 2001). فرد افسرده زمانی که تفاوت بین وضعیت فعلی را با وضعیت مطلوب خلقی تجربه می‌کند برای کم کردن این تفاوت تلاش می‌کند. بر اساس دیدگاه تیزدل (1985) این تلاش بیشتر به صورت اندیشناکی (الگوهای تفکر تکرار شونده درباره نشانه‌های بیماری و دلایل ایجاد آن‌ها) و فکر کردن درباره بی‌کفایتی‌های شخصی (برای مثال من آدم بی‌ارزشی هستم، من یک شکست خورده‌ام) است. البته این شیوه‌ها دارای اثری معکوس بر روی نشانه‌های افسردگی و خلق پایین نیستند بلکه بر عکس موجب تداوم افسردگی می‌شوند.

آنچه ضرورت توجه به آن بر اساس نتایج دوره پی‌گیری شرکت‌کننده‌ها وجود دارد افت نمرات شرکت‌کننده‌ها در دوره پی‌گیری است. یکی از عواملی که شاید ساده‌ترین توجیه برای این تغییر باشد عدم پی‌گیری تمرینات حضور ذهن توسط شرکت‌کننده‌ها است. این مسئله در پژوهش بوندولفی و همکاران<sup>3</sup> (2009) نیز مورد اشاره قرار گرفته است. در این پژوهش مشخص شد که میزان پیروی از تمرین‌های کوتاه حضور ذهن به مدت چهارده ماه استوار و باثبات مانده است. اما در مورد تمرین‌های طولانی‌تر این میزان پیروی از برنامه‌های درمان مشاهده نشد. به نظر می‌رسد برنامه MBCT در تلفیق تمرین‌ها یا ارائه شیوه‌ای برای تبدیل بینش حضور ذهن به شیوه‌ای برای پی‌گیری نیاز به تغییر و تعدیل‌هایی دارد که به ویژه به لحاظ انگیزشی افراد را به تداوم تمرین‌ها و حفظ این روش در زندگی برانگیزاند. اما این پژوهش دارای محدودیت‌هایی در زمینه‌هایی مانند عدم اعمال کنترل دقیق متغیرهای ناخواسته و مزاحم به دلیل عدم استفاده از شیوه نمونه‌گیری تصادفی و کوتاه بودن فاصله پس‌آزمون و دوره پی‌گیری بود. اتخاذ طرح‌های دقیق آزمایشی برای بررسی اثر بخشی MBCT در قالب درمان انفرادی و شناسایی مؤلفه‌های اصلی اثر گذاری برنامه پیشنهاد می‌شود.

- 
1. Watkins
  2. Baracia
  3. Bondolfi et al

## منابع فارسی

- امری، گری. (1384). چیرگی بر افسردگی - راهنمای متخصصان. ترجمه: محمد خانی، پروانه؛ رضایی، ابراهیم. یزد: مؤسسه انتشارات یزد.
- دابسون، کیت؛ محمد خانی، پروانه. (1384). «مختصات روان‌سنجی پرسشنامه افسردگی بک-2 در مبتلایان به اختلال افسردگی ماژور». فصلنامه توان‌بخشی، شماره ویژه بیماری‌های روانی. دوره هشتم. شماره 29. 83-88.
- فرست، ام‌بی؛ اسپتیز، آر. ال؛ ویلیامزانت، بی. دیلیو. (1384). الگوی مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات محور I DSM-IV. ترجمه: محمد خانی، پروانه؛ جهانی تابش، عذرا؛ تمنایی فر، شیما. تهران: انتشارات فرا دید.
- لطفی نیا، علی. (1386). مقایسه اثربخشی روش حل مسئله در دانشجویان افسرده با سبک پاسخ نشخوار فکری و توجه برگردانی. پایان نامه دکتری تخصصی روانشناسی بالینی. انستیتو روان‌پزشکی تهران.
- سگال، زیندل؛ ویلیامز، مارک؛ تیزدل، جان. (1384). راهنمای درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن. ترجمه: محمد خانی، پروانه؛ جهانی تابش، عذرا؛ تمنایی فر، شیما. تهران انتشارات فرا دید.

## منابع لاتین

- American Psychiatric Association (APA) (1994). Diagnostic and statistical manual for mental disorders (Fourth edition). Washington, D.C.
- Bear, R.A.(2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 10(4):125-142.
- Bishop S.R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N.D., Carmody, J., (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 11(2):230-241.
- Bondolfi, G., Jermann, F., Van der Linden, M., Gex-Fabry, M., Bizzini, L., Rouget, B.W., et al. (2009). Depression relapse prophylaxis with Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Replication and extension in the Swiss health care system. *Journal of Affective Disorders*. 26(5):430-442.

- Haaga, D.A.F., Dyck M.J., & Ernst D. (1991). Empirical status of cognitive theory of depression. *Psychological Bulletin*, 110(4): 215–236.
- Huss, D.B., Bear, R.A. (2007). Acceptance and change, the integration of Mindfulness-Based Cognitive Therapy In to Ongoing Dialectical Behavioral Therapy In a case of Borderline personality disorder. *Clinical Case Studies*, 6(2): 17-33.
- Jacobson, N.S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of consulting and clinical psychology*, 59(1):12-19.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of your Body and Mind to Face Stress, Pain and Illness*. New York: Delacort.
- Kenny, M., Williams, G.M.J. (2007). Treatment resistant depressed patients show a good response to mindfulness based cognitive therapy. *Behavior research and therapy*. 45(3): 617-625.
- Kingston, T., Dooley, B., Bates, A., Lawlor, E., Malone, K. (2007). Mindfulness based cognitive therapy for residual depressive symptoms. *Journal of Psychology and Psychotherapy*. 80(5):193–203.
- Kupfer, D.J., Frank, E., Perel, J.M., Cornes, C., Mallinger, A.G., Thase, M.E., cEachran, A.B & Grochoncinski, V.J. (1992). Five-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. *Archives of General Psychiatry*, 49(2):769–773.
- Longmore, R., Worrell, M. (2007). Do we need to challenge thoughts in cognitive behavior therapy. *Clinical Psychology Review*, 27(2): 173–187
- Ma, S.H., Teasdale J. D. (2004). Mindfulness based cognitive therapy for depression: replication and exploration of deferential relapse prevention effects. *Consulting and clinical psychology*, 72(3):31-40.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*. 100(3): 569–582.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2000). Treatment of recurrent major depression with attention training. *Cognitive and Behavioral Practice*. 7(3): 407–413.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Teasdale, J.D., Segal, Z., Williams, J.M. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behavior Research and Therapy* 33(4):25–39.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J., Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse in major depression by mindfulness based cognitive therapy. *Consulting and clinical psychology*, 68(2):615-623.
- Treynor, W., Gonzalez, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research*. 27(5): 247–259.
- Watkins, E., & Baracia, S. (2001). Why do people ruminate in dysphoric mood. *personality and individual differences*, 32(4): 723-734.

Wells, A.(2009). Metacognitive therapy for anxiety and depression .UK:Guilford Press  
Williams,J.M.( 2008 ). Mindfulness, Depression and Modes of Mind. Journal of  
Cognitive Therapy Research , 32(4):721-733.

