

# مقایسه اثربخشی دارو درمانی با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش شدت علائم اختلال افسردگی اساسی

سمانه محمدپور<sup>۱</sup>، فاطمه احمدی سبزواری<sup>۲</sup>، هدایت نظری<sup>۳</sup>

## مقاله پژوهشی

## چکیده

**زمینه و هدف:** هدف از انجام پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی دارو درمانی با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (Mindfulness-based cognitive therapy یا MBCT) در کاهش شدت علائم اختلال افسردگی اساسی بود.

**مواد و روش‌ها:** این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون- پس‌آزمون و دوره پیگیری (یک ماهه) بود که در سال ۱۳۹۳ انجام شد. ۴۰ نفر از بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی [بر اساس نظر روان‌پزشک و مطابق ملاک‌های تشخیصی (DSM-IV-TR یا Diagnostic and Statistical Manual-4<sup>th</sup> Edition-Text Revision)] مراجعه کننده به درمانگاه اعصاب و روان صدیق شهرستان خرم‌آباد که دارای پرونده بودند، به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه دارو درمانی (۲۰ نفر) و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (۲۰ نفر) قرار گرفتند. سپس با استفاده از مقیاس افسردگی Hamilton (Hamilton Rating Scale for Depression یا HRSD) بررسی شدند. گروه MBCT به مدت ۸ جلسه تحت آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفت و گروه دارو درمانی هر روز ۱ کیسول فلوکستین ۲۰ میلی‌گرم به مدت ۲ ماه دریافت نمود. در پایان هر دو گروه مورد پس‌آزمون قرار گرفتند و داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس در نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل گردید.

**یافته‌ها:** بین دو گروه دارو درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی تفاوت معنی‌داری وجود داشت ( $P < 0/001$ )؛ به طوری که میانگین نمرات گروه دارو درمانی کاهش بیشتری را نشان داد، اما در دوره پیگیری اثرات گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی پایدارتر بود.

**نتیجه‌گیری:** هر دو درمان در بهبود افسردگی بیماران مؤثر می‌باشد. با این وجود، درمان دارویی در کاهش علائم افسردگی اثرات بیشتری دارد، اما روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی دارای اثرات درمانی پایدارتری است. بنابراین، بر اساس نتایج چنین پژوهش‌هایی، می‌توان پیشنهاد نمود که پژوهشگران در مطالعات آینده به طراحی کارآزمایی‌های بالینی با ترکیب روش‌های درمانی تجربی بپردازند.

**واژه‌های کلیدی:** اختلال افسردگی اساسی، دارو درمانی، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

**ارجاع:** محمدپور سمانه، احمدی سبزواری فاطمه، نظری هدایت. مقایسه اثربخشی دارو درمانی با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش شدت علائم اختلال افسردگی اساسی. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۴؛ ۱۳ (۴): ۶۲۴-۶۱۷

پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۱۰/۲۳

دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۵/۱

نشان دهنده ۸۵۰ هزار مورد خودکشی سالیانه در مبتلایان به این بیماری می‌باشد (۵).

با وجود این که اختلال افسردگی اساسی، بالاترین شیوع طول عمر را در بین اختلالات روان‌پزشکی دارد (۶)، بسیار عود کننده و برگشت‌پذیر نیز می‌باشد؛ به طوری که بیش از ۷۵ درصد از بیماران مبتلا، افسردگی را بیش از یک دوره تجربه می‌نمایند (۱). همچنین، بیشتر مبتلایان در پایان دوره‌های افسردگی به طور کامل بهبود نمی‌یابند و نشانه‌های باقی‌مانده‌ای را از خود نشان می‌دهند که پیش‌بین عود می‌باشد (۶). با توجه به اثرات زیانبار بسیار بالای افسردگی و هزینه‌های مالی سنگینی که در بخش درمان به جامعه تحمیل می‌کند، این اختلال همواره مورد توجه بسیاری از پژوهشگران بوده است. با این وجود،

## مقدمه

افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی با عود مکرر و بار تحمیلی بسیار بالا برای مبتلایان می‌باشد (۱، ۲). طبق آمار سازمان بهداشت جهانی تا سال ۲۰۲۰، افسردگی پس از بیماری‌های قلبی و عروقی، دومین بیماری مهلک محسوب می‌شود و علاوه بر این که تهدید جدی برای سلامت افراد محسوب می‌گردد، برای بخشی از جمعیت نیز هزینه‌های درمانی بسیار بالایی را به همراه دارد (۳). به عبارت دیگر، اختلال افسردگی اساسی، بار اقتصادی، هیجانی و اجتماعی بسیار بالایی را هم برای مبتلایان و خانواده‌های آنان و هم برای اجتماع به دنبال دارد (۴). شواهد موجود نشان می‌دهد که میزان ابتلا به این بیماری و به دنبال آن، کاهش کیفیت زندگی رو به افزایش است و آمار موجود

۱- روانشناس بالینی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم‌آباد، ایران

۲- روانشناس عمومی، مرکز مشاوره سازمان بهزیستی لرستان، خرم‌آباد، ایران

۳- دانشیار، گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم‌آباد، ایران

نویسنده مسؤول: سمانه محمدپور

Email: mohamadpour\_s@yahoo.com

همچنان نیاز به طراحی مداخله‌های مناسب و کارآزمایی‌های بالینی برای بهبود شرایط این بیماران مشهود است.

دو رویکرد عمده «استفاده از داروها برای تسکین علائم افسردگی» و «درمان شناختی- رفتاری» در نظریه و درمان افسردگی در طول نیم قرن گذشته بیان شده است (۷). هم‌اکنون رایج‌ترین درمان برای اختلال افسردگی اساسی، داروهای ضد افسردگی می‌باشد، اما این بیماری تمایل به بازگشت دارد و بین نصف تا سه چهارم افراد مبتلا به افسردگی در فاصله زمانی دو سال پس از بهبودی، دوباره با دوره دیگری از افسردگی مواجه می‌شوند. راهبرد اصلی کنونی برای جلوگیری از بازگشت این اختلال، ادامه دادن درمان دارویی می‌باشد (۲). در کنار درمان‌های دارویی، از درمان‌های روان‌شناختی نیز برای افسردگی استفاده شده است. درمان‌های شناختی- رفتاری (Cognitive-behavioral therapy یا CBT)، تا حدودی برای اختلالات افسردگی مؤثر هستند و به علت سادگی و کارآمدی، جزء درمان‌های معتبر شناخته می‌شوند (۸). همچنین، مطالعات نشان می‌دهند که CBT در درمان افسردگی حاد نیز مؤثر است، اما اثرات پیشگیرانه آن مورد تردید می‌باشد (۹).

از جمله جدیدترین درمان‌های معرفی شده اخیر در حوزه پیشگیری از عود اختلال افسردگی اساسی، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (Mindfulness-based cognitive therapy یا MBCT) است (۱۱، ۱۰). ذهن آگاهی شکلی از مراقبه می‌باشد که ریشه در تعالیم و آیین‌های مذهبی شرقی دارد (۴). فراتحلیل نتایج پژوهش‌های انجام گرفته نشان داده‌اند، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی که جزء درمان‌های موج سوم روان‌شناختی محسوب می‌شود، درمان مؤثرتری برای اختلال افسردگی به شمار می‌رود (۱۲، ۴). بر اساس تعریفی، ذهن آگاهی عبارت از توجه کردن به شیوه‌ای خاص، معطوف به هدف، در زمان حال و بدون قضاوت و پیش‌داوری می‌باشد (۱۳). Linhan برای اولین بار به ضرورت گنجاندن ذهن آگاهی به عنوان یکی از مؤلفه‌های اساسی درمان‌های روان‌شناختی تأکید کرد و بیان نمود که فرد در حضور ذهن می‌آموزد که در هر لحظه، از حالت ذهنی خود آگاهی داشته باشد و توجه خود را به شیوه‌های مختلف ذهنی متمرکز کند (۱۴). در درمان‌های ذهن آگاهی، افراد ترغیب می‌شوند تا به تجربیات درونی خود در هر لحظه، حس‌های بدنی، افکار و احساسات و همچنین، به جنبه‌های محیطی مانند مناظر و صداها توجه کنند. طی این درمان، توصیه می‌شود که در افراد این نگرش را به وجود بیاورند که نسبت به امور پذیرش بدون قضاوت داشته باشند؛ یعنی ایجاد آگاهی در افراد نسبت به ادراک، شناخت‌ها، هیجانات یا احساسات، بدون این که نسبت به خوبی یا بدی، حقیقی یا کاذب، سالم یا ناسالم بودن و مهم بودن یا نبودن آن‌ها قضاوت و ارزیابی شود (۱۵).

در متون تجربی معاصر، مداخلات بالینی مبتنی بر آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی به سرعت در حال افزایش است (۴). Abbott و همکاران طی یک پژوهش فراتحلیلی نشان دادند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، در کاهش علائم و پیشگیری از عود بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی مؤثر است (۱۴). نتایج پژوهش Weck و همکاران که به بررسی تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در پیشگیری از عود اختلال افسردگی اساسی راجعه پرداخت، نشان داد که پیگیری یک ساله این درمان، در پیشگیری از عود مؤثر می‌باشد (۱۳). حناساب‌زاده و همکاران در پژوهش خود گزارش کردند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، بر کاهش افسردگی و افکار خودآیند منفی، افزایش علاقمندی به زندگی و میل به زنده ماندن، کنار آمدن با

مشکلات زندگی و نیز بهبود عملکرد خانوادگی، تحصیلی و شغلی بیماران مبتلا به افسردگی خودکشی‌گرا مؤثر بوده است (۱۶). علاوه بر این، پژوهش‌ها حاکی از آن است که افزایش ذهن آگاهی، پیامدهای مختلفی از بهزیستی مانند کاهش درد، اضطراب، افسردگی، افراط در خوردن و استرس را به همراه دارد (۱۵). هسته مرکزی MBCT را تمرینات مراقبه حضور ذهن تشکیل می‌دهد.

علاوه بر این، برخی از جنبه‌های CBT برای افسردگی را نیز در برمی‌گیرد (۱۷). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، شامل یک برنامه ۸ هفته‌ای گروهی و برای حداکثر ۱۲ شرکت کننده است و هدف اصلی از ایجاد آن، کمک به کاهش خطر عود در افسردگی می‌باشد (۱۴). در واقع، MBCT دارای فرایندهایی از جمله تماس با زمان حال، تغییر رابطه فرد با افکار خود، کاهش سرکوبی و اجتناب از تجربه درونی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌باشد که این فرایندها تغییرات رفتاری را نیز مورد حمایت قرار می‌دهند (۱۳). پیامد مهم رویکرد MBCT، آموزش به شرکت کنندگان برای آگاهی بیشتر از تغییرات جزئی خلق می‌باشد. همچنین، از آنجایی که نشانگان در دوره بهبودی برجسته نیست، به شرکت کنندگان آموزش داده می‌شود که به نجوای درون خود گوش دهند و نسبت به آن‌ها هوشیار باشند تا به این ترتیب از علائم جزئی مربوط به عود آگاه باشند (۱۸).

ضرورت انجام پژوهش حاضر در حوزه درمان اختلال افسردگی اساسی، کاهش شدت علائم این بیماری و برخورد مناسب با نشانه‌های باقی‌مانده این بیماری می‌باشد. بنابراین، اگر بتوان از طریق پژوهش‌های مختلف به بررسی راهکارهای مناسب پرداخت و به نتایجی دست یافت که بتواند در زمینه درمان اختلال افسردگی اساسی و رفع نشانه‌های باقی‌مانده آن مناسب باشد، می‌توان هم در جهت کمک به بهبود شرایط زندگی این افراد و خانواده‌های آنان و هم برای جامعه نتایج سودمندی را به دست آورد. با توجه به آنچه گفته شد، هدف اصلی طرح‌ریزی پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی دارودرمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش شدت علائم اختلال افسردگی اساسی بود.

## مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون و دوره پیگیری بود. جامعه آماری مطالعه را کلیه بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی [بر اساس نظر روان‌پزشک و مطابق ملاک‌های تشخیصی (Diagnostic and Statistical Manual, 5<sup>th</sup> Edition-Text Revision) یا DSM-IV-TR] مراجعه کننده به درمانگاه اعصاب و روان صدیق شهرستان خرم‌آباد در زمان انجام مطالعه تشکیل دادند. برای محاسبه حجم نمونه، با توجه به این که حداقل حجم نمونه مناسب در پژوهش‌های آزمایشی ۱۵ نفر برای هر گروه می‌باشد (۱۹)، ابتدا حجم نمونه ۱۵ نفر انتخاب شد. سپس به منظور افزایش توان آماری و مدیریت افت احتمالی شرکت کنندگان، ۲۰ نفر برای هر گروه در نظر گرفته شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل رضایت و تمایل آگاهانه برای شرکت در پژوهش (با توجه به این که صرف ابتلا به بیماری روانی به معنای فقدان ظرفیت برای دادن رضایت آگاهانه نیست، در هر فرد باید ظرفیت و بینش سنجیده شود و متناسب با آن رضایت آگاهانه و آزادانه برای انجام پژوهش اخذ شود)، توانایی شرکت در جلسات و همکاری در انجام تکالیف، داشتن تشخیص اختلال افسردگی

اختلال افسردگی هستند، استفاده می‌شود و دارای ۲۴ علامت افسردگی است که نمره‌گذاری آن در یک طیف ۳ یا ۵ درجه‌ای انجام می‌گیرد. این مقیاس متشکل از ۸ علامت مربوط به شکایات جسمانی، ۵ علامت مربوط به مشکلات رفتاری، ۲ علامت مربوط به شکایات شناختی و ۲ علامت هم مربوط به تغییرات عاطفه و همچنین، علائم خودبیمار انگاری (Hypochondriasis)، مسایل جنسی، کار، خودکشی و اختلالات خواب بیمار می‌باشد و به گونه‌ای طراحی شده است که یک نفر ارزیاب پس از انجام مشاهدات بالینی، به درجه‌بندی علائم موجود در بیمار می‌پردازد. نقطه برش مقیاس مذکور به صورتی است که نمره زیر ۱۷ فاقد افسردگی، ۱۷-۲۴ مبتلا به افسردگی خفیف، ۲۵-۳۰ مبتلا به افسردگی متوسط و ۳۱ به بالا مبتلا به افسردگی شدید در نظر گرفته می‌شود (۲۱).

پایایی مقیاس Hamilton بر اساس ضریب Cronbach's alpha در تحقیقی که O'Hara و Rehm انجام دادند، ۷۸ درصد گزارش گردید. همچنین، اعتبار آزمون در بین نمره‌گذاران مختلف حدود ۰/۹۰ برآورد شده است. این مقیاس به خوبی توانسته است گروه بیمار را از گروه سالم متمایز سازد (۲۰). بر اساس تحقیق Snaith و همکاران، اختلاف معنی‌داری بین نمرات آزمون افراد بیمار و سالم مشاهده شد. این اختلاف در مطالعات دیگری نیز به اثبات رسیده است که حاکی از روایی مناسب آزمون می‌باشد. همبستگی مقیاس Hamilton با اندازه‌گیری کلی بالینی (Global clinical rating)، گزارش شده است. در پژوهش‌های ایرانی نیز از این آزمون استفاده شده است که اعتبار و روایی مناسبی را گزارش کرده‌اند (۲۱).

در مرحله بعد، اعمال مداخله‌های دارو درمانی (هر روز ۱ عدد قرص فلوکستین ۲۰ میلی‌گرم) توسط روان‌پزشک و برنامه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (در طی ۸ هفته، هر هفته ۱ جلسه به مدت ۲ ساعت) توسط درمانگر که هر دو دارای تخصص و تجربه لازم در این زمینه بودند، صورت گرفت. هر جلسه به جز جلسه هفته اول، با انجام یک تمرین رسمی (وارسی بدن، حرکت به شیوه ذهن آگاهانه یا مراقبه نشسته توأم با حضور ذهن) آغاز می‌شد. پس از این تمرین، در مورد کیفیت تجربه تمرین و سپس درباره تکلیف خانگی به شیوه خاصی که مشخصه دوره‌های مبتنی بر ذهن آگاهی است، بحث می‌شد. در انتهای جلسه نیز زمانی به تعیین تکلیف خانگی هفته آینده اختصاص داده شد. هر جلسه با انجام یک تمرین حضور ذهن کوتاه به پایان می‌رسید. پس از آن، بحثی گروهی انجام می‌گرفت که در آن مضمون جلسه در هفته‌ای که گذشت، استخراج و بررسی می‌شد. در پایان، پس از آزمون اجرا و اطلاعات جمع‌آوری گردید و پیگیری درمان، ۱ ماه پس از اجرای مداخله صورت گرفت. پروتکل جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در جدول ۱ ارائه شده است.

در نهایت داده‌های پژوهش با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار و درصد فراوانی) و آمار استنباطی (آزمون کوواریانس چند متغیره) در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ (version 19, SPSS Inc., Chicago, IL) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه‌های مطالعه در جدول ۲ ارائه شده است. میانگین و انحراف معیار شاخص افسردگی، در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری افراد گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه دارو درمانی و کل گروه‌های آزمایش در جدول ۳ آمده است.

اساسی بر اساس نظر روان‌پزشک و مطابق ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR، دامنه سنی بین ۱۶ تا ۴۰ سال و داشتن حداقل تحصیلات سیکل بود.

از جمله ملاک‌های خروج از مطالعه نیز می‌توان به مواردی همچون «عدم تمایل برای شرکت در جلسات و غیبت بیش از سه جلسه در فرایند درمان، نداشتن توانایی شرکت در جلسات و عدم همکاری در انجام تکالیف، وجود اختلالات شدید روان‌شناختی دیگر مانند اختلالات سایکوتیک، سوء مصرف مواد، سایر اختلالات خلقی مانند اختلال دوقطبی، افسرده‌خویی (Dysthymia)، سیکلوتیما (Cyclothymia)، هرگونه اختلال اضطرابی مانند اختلال اضطراب منتشر، اختلال وسواسی-جبری و... یا هرگونه مشکل ذهنی و شناختی (مانند هوش‌بهر کمتر از ۷۰) که می‌تواند در نتایج درمان مداخله ایجاد کند، ابتلا به یک اختلال طبی مانند اختلالات تیروئید، دیابت و یا پرفشاری خون علاوه بر وجود افسردگی و دریافت درمان‌های روان‌شناختی یا دارویی دیگر که جزء برنامه این پژوهش نباشد» اشاره کرد.

بدین ترتیب از بین بیماران دارای پرونده در درمانگاه اعصاب و روان صدیق خرم‌آباد، تعدادی به صورت تصادفی انتخاب شدند و در صورتی که ملاک‌های ورود به مطالعه را داشتند، به صورت بلوکی تصادفی در دو گروه دارو درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفتند. برای مقایسه اثربخشی برنامه دارو درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در درمان اختلال افسردگی اساسی، از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری استفاده شد که شامل مراحل اجرایی زیر بود. ابتدا از بین بیماران مراجعه کننده به درمانگاه اعصاب و روان صدیق که دارای پرونده بودند و برای ویژگی‌های منظم در تاریخ‌های مشخصی به روان‌پزشک مراجعه می‌کردند، ۴۰ نفر که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند، انتخاب شدند. سپس ۴۰ برگه که روی ۲۰ برگ A و روی ۲۰ برگ دیگر B نوشته شده بود، تهیه شد. هنگام انجام پیش‌آزمون با استفاده از مقیاس درجه‌بندی افسردگی (Hamilton Rating Scale for Depression) برای تک تک بیماران، از هر بیمار درخواست گردید که از بین برگه‌های تهیه شده، یک برگه را انتخاب کند و به این صورت همه بیماران به صورت تصادفی در دو گروه A و B جایگزین شدند. در ادامه، یک گروه به صورت تصادفی به عنوان گروه تحت دارو درمانی و گروه دیگر تحت شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفت؛ به طوری که ۲۰ نفر به صورت دارو درمانی و ۲۰ نفر با روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی مداوم شدند.

بیماران تحت گروه دارو درمانی با روزی ۱ کیسول فلوکستین ۲۰ میلی‌گرم به مدت ۲ ماه تحت درمان قرار گرفتند. بیماران گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی نیز در درمانگاه اعصاب و روان توسط درمانگری (کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی) که دوره‌های مربوط به این درمان را گذرانده بود و در این زمینه تخصص و تجربه‌های لازم را داشت، هر هفته به مدت یک جلسه و هر جلسه به مدت ۲ ساعت، روان درمانی شدند. ابزارهای مورد استفاده این پژوهش، پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی (سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، شغل، میزان درآمد ماهانه، سابقه بیماری‌های جسمی و روان‌شناختی، تعداد دفعات بستری در بیمارستان و سابقه خانوادگی بیماری‌های خلقی بیمار) و مقیاس افسردگی Hamilton بود که بیماران با استفاده از آن، مورد ارزیابی قرار گرفتند. برای سنجش شدت افسردگی از مقیاس افسردگی Hamilton استفاده گردید. این آزمون طی سال‌های ۱۹۶۰ تا ۱۹۷۰ توسط Hamilton تدوین شد (۲۰). از این آزمون برای اندازه‌گیری شدت افسردگی در کسانی که مبتلا به

جدول ۱. پروتکل جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

موضوع	مداخله
جلسه اول: هدایت خودکار	تمرین خوردن ذهن آگاه کشمش (نوعی مراقبه جهت جلب توجه شرکت کنندگان به ویژگی‌های حسی کشمش بینایی، بویایی، چشایی و لمس کشمش) تمرین واریسی بدن (جلب توجه شرکت کنندگان در پژوهش از طریق تنفس به قسمت‌های مختلف بدن که حدود ۴۵ دقیقه طول می‌کشد) تکلیف خانگی: انجام ذهن آگاهانه یک فعالیت روزمره به مدت ۶ روز و انجام واریسی بدنی هر روز، ارایه جزوه در رابطه با افسردگی، هدایت خودکار و تمرینات ذهن آگاهانه
جلسه دوم: رویارویی با موانع	بررسی تکالیف جلسه قبل و از بین بردن موانع اجرای صحیح آن‌ها تمرین افکار و احساسات (از طریق تجسم موقعیت‌های مبهم، تمرکز بیشتر بر بدن و نخواست‌های ذهنی و آگاهی از ذهن سرگردان که منجر به کنترل بیشتر واکنش فرد نسبت به وقایع روزانه می‌شود)
جلسه سوم: تنفس	تکلیف خانگی: ثبت وقایع خوشایند و ارایه جزوه در رابطه با هدف جلسه و راهکارهایی برای اجرای بهتر تکالیف تمرین مراقبه نشسته: تمرکز توجه شرکت کنندگان به الگوهای تنفس، مشاهده کنجکاوانه سرگردان شدن ذهن، سپس بازگردان توجه به تنفس به آرامی و بدون درگیر شدن با افکار
جلسه چهارم: ماندن در زمان حال	راه رفتن ذهن آگاهانه: ارایه تمرین‌های حرکتی جهت متمرکز ساختن توجه شرکت کنندگان به وضعیت حرکت و قرار گرفتن بدن تکلیف خانگی: ثبت وقایع ناخوشایند و تمرین فضای تنفس به مدت ۳ بار در هر ۶ روز، ارایه جزوه خلاصه جلسات مراقبه دیدن و شنیدن: تمرکز توجه شرکت کنندگان به صداها یا مناظر بینایی اطراف و بازگردان آرام ذهن به این حس‌ها در صورت سرگردان شدن مراقبه نشسته: با تأکید بر ادراک و احساس بدن
جلسه پنجم: مجوز حضور	تکلیف خانگی: تمرین فضای تنفس در هر زمان که احساس استرس نمودند و ارایه جزوات در رابطه با حضور و ماندن در زمان حال، برگه ثبت تکلیف خانگی مراقبه نشسته: با تأکید بر آگاهی از تنفس، بدن، صداها و افکار آگاهی از افکار و احساسات، وقایع خوشایند و ناخوشایند و شناسایی واکنش‌های شرکت کنندگان نسبت به آن‌ها و پذیرفتن آن‌ها بدون قضاوت و دخالت مستقیم
جلسه ششم: افکار حقایق نیستند.	تکلیف خانگی: تمرین مراقبه نشسته هدایت شده و ثبت آن، ارایه جزوه خلاصه جلسه و دستورالعمل‌های گسترده استفاده از فضای تنفس مراقبه نشسته تجسم: تجسم افکار و مشغله‌های ذهنی به عنوان پرده سینما و توجه به موقتی بودن آن‌ها تمرین تغییر خلق و افکار: از طریق تلقی افکار به عنوان فکر نه واقعیت
جلسه هفتم: مراقبت از خود	تکلیف خانگی: تمرین تنفس ۳ دقیقه‌ای در زمان تجربه هیجانات ناخوشایند و ارایه جزوات جلسه مراقبه نشسته: آگاهی از تنفس، حس‌های بدنی، صداها و افکار هوشیار بودن از نشانه‌های افسردگی: تنظیم برنامه برای روبه‌رو شدن احتمالی با نشانه‌های افسردگی آگاهی از ارتباط بین خلق با فعالیت‌های روزمره: تهیه لیستی از فعالیت‌های افزایش دهنده خلق و انرژی تمرین واریسی بدنی: توضیح این که تجارب و پاسخ به تمرین‌ها با یادگیری‌های جدید ممکن است تغییر کند. بازنگری کل برنامه: آنچه در گروه یاد گرفته شده و مرور کل برنامه
جلسه هشتم: فراتر رفتن از ترس	برنامه‌ریزی برای آینده و استفاده از فنون حضور در حال برای ادامه زندگی و تعمیم آن‌ها به کل جریان زندگی

جدول ۲. خصوصیات جمعیت شناختی افراد مورد بررسی

متغیر	تعداد (درصد)
جنسیت	مرد ۲۰ (۵۰/۰)
سن (سال)	زن ۲۰ (۵۰/۰)
	کمتر از ۲۰ ۴ (۱۰/۰)
	۲۱-۲۵ ۳ (۷/۵)
	۲۶-۳۰ ۴ (۱۰/۰)
	۳۱-۳۵ ۱۰ (۲۵/۰)
	۳۶-۴۰ ۶ (۱۵/۰)
شغل	بیشتر از ۴۰ ۱۳ (۳۲/۵)
	کارمند ۹ (۲۲/۵)
	آزاد ۷ (۱۷/۵)
	خانه‌دار ۱۵ (۳۷/۵)
	بیکار ۸ (۲۰/۰)
	سایر ۱ (۲/۵)
وضعیت تأهل	مجرد ۱۶ (۴۰/۰)
	متأهل ۲۴ (۶۰/۰)

در پژوهش حاضر برای تحلیل استنباطی داده‌ها از روش تحلیل کواریانس استفاده گردید. در این روش آماری، اولین فرضی که باید بررسی شود، آزمون عدم یکسانی ماتریس کواریانس دو گروه می‌باشد که این کار از طریق آزمون M Box صورت می‌گیرد و نتایج آن در جدول ۴ ارایه شده است. نتایج این تحلیل رد فرض  $H_0$  و پذیرش فرض  $H_1$  (ناهمسانی ماتریس واریانس کواریانس گروه‌ها) را نشان می‌دهد و با توجه به این که اجرای روش تحلیل تشخیصی، مبتنی بر روش نابرابری ماتریس کواریانس گروه‌ها است، این شرط برقرار می‌باشد. همچنین، باید تساوی واریانس‌های دو گروه آزمایش و شاهد قبل از تحلیل کواریانس بررسی گردد. اساس این پیش‌فرض بر آن است که واریانس‌های نمرات دو گروه با هم برابر هستند و تفاوت معنی‌داری بین آن‌ها وجود ندارد. برای آزمون این فرضیه از آزمون Levene استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ آمده است. همان‌گونه که در جدول ۶ مشاهده می‌شود، فرض صفر در مورد تساوی واریانس‌های دو گروه در متغیر افسردگی تأیید شد؛ یعنی واریانس‌های دو گروه در جامعه با یکدیگر مساوی می‌باشند و تفاوت معنی‌داری بین آن‌ها وجود نداشت. بنابراین، با توجه به رعایت پیش‌فرض Levene، امکان اجرای تحلیل کواریانس نتایج جهت بررسی فرضیه پژوهش بلامانع است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمرات آزمون افسردگی در گروه‌های شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و دارو درمانی

گروه	تعداد	شاخص افسردگی	
		پیش آزمون	پس آزمون
گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	۲۰	۳۸/۴۰ ± ۷/۸۰۰	۲۸/۰۵ ± ۵/۰۹۴
گروه دارو درمانی	۲۰	۴۰/۱۵ ± ۶/۷۳۲	۲۲/۰۵ ± ۴/۳۳۴
کل گروه‌های آزمایش	۴۰	۳۹/۲۸ ± ۷/۲۵۰	۲۵/۰۵ ± ۵/۵۷۰

Kuyken و همکاران با انجام مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که فلوکستین با مهار بازجذب سروتونین و ایجاد وقفه در آن و نیز آزادسازی دوپامین، طی چند هفته می‌تواند علائم افسردگی را کاهش دهد. بنابراین، در کاهش علائم افسردگی اثرات سریع‌تری دارد (۲۲). نتایج بررسی Simon و همکاران گزارش کرد که داروهای ضد افسردگی در درمان افسردگی‌های متوسط و شدید به طور مؤثری از شدت علائم کاسته، بهبودی بیماران را سرعت می‌بخشد (۲۵).

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در طولانی مدت اثرات پایدارتری نسبت به دارو درمانی در کاهش علائم افسردگی دارد. این یافته با نتایج تحقیقات Kuyken و همکاران (۲۲)، Weck و همکاران (۱۳)، Segal و همکاران (۲۳)، ملیانی و همکاران (۷)، امید و همکاران (۳) و حناساب‌زاده و همکاران (۱۶) مشابهت داشت.

در تبیین اثرات طولانی مدت شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش افسردگی، می‌توان بیان نمود که در روش MBCT به افراد آموزش داده می‌شود که افکار و احساسات خود را بدون قضاوت مشاهده نمایند و آن‌ها را وقایع ذهنی ساده‌ای ببینند که گذرا هستند، می‌آیند و می‌روند و نباید آن‌ها را به عنوان قسمتی از خودشان یا انعکاسی از واقعیت در نظر بگیرند (۲۸). این نوع نگرش نسبت به شناخت‌های مرتبط با افسردگی، مانع تشدید افکار منفی و ایجاد نشخوار فکری می‌گردد. تکرار هر تمرین تا تبدیل آن به یک مهارت در فرد، عامل بسیار مهمی در جهت تداوم اثرات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای کاهش افسردگی به شمار می‌رود. در واقع، توانمند ساختن شرکت کنندگان برای تشخیص شکل ذهنی خود که در آن قرار دارند و تغییر عمده آن به هر شکل ذهنی دیگر، هدف اصلی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌باشد. بنابراین، اثرات این درمان بر جنبه‌های متعدد حالات روان‌شناختی فرد، پس از فراگیری آن به صورت مهارت، بروز می‌نماید.

از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر، می‌توان به عدم وجود نمونه کافی برای گذاشتن گروه سوم تحت عنوان ترکیب دارو درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی اشاره کرد. بنابراین، توصیه می‌شود که در پژوهش‌های آینده، بر درمان‌های ترکیبی تأکید بیشتری گردد و حتی روش‌ها با یکدیگر مقایسه شوند. به عنوان مثال، مقایسه ترکیب دارو درمانی با CBT و ترکیب دارودرمانی با MBCT و سایر درمان‌هایی که در پژوهش‌هایی مانند مطالعه حاضر به صورت تک‌تک بررسی شده‌اند.

جدول ۴. نتایج آزمون M Box

عوامل	آماره آزمون
مقدار M Box	۱/۴۳۳
مقدار f	۰/۴۵۰
درجه آزادی ۱	۳
درجه آزادی ۲	۲۵۹۹۲۰/۰۰
سطح تحت پوشش آماره آزمون	۰/۷۱۷

نتایج حاصل از تحلیل کواریانس گروه‌های شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و دارو درمانی و مقایسه بین مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و مرحله پیگیری نشان می‌دهد که میزان معنی‌داری در مرحله پیش‌آزمون ( $P = ۰/۰۰۱$ ) و پیگیری ( $P = ۰/۰۰۱$ )، تفاوت اثر گروه‌ها را بین مراحل پیش‌آزمون و پیگیری نمره افسردگی در دو گروه تبیین می‌کند ( $P < ۰/۰۵۰$ ). نتایج مقایسه زوجی گروه‌های شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و دارودرمانی در جدول ۷ ارائه شده است و بر اساس آن، بین میزان تأثیرگذاری شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و دارو درمانی تفاوت آماری معنی‌داری وجود داشت؛ به طوری که تفاوت معنی‌داری بین درمان شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و دارو درمانی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری مشاهده شد ( $P < ۰/۰۵۰$ ).

### بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به هدف پژوهش حاضر مبنی بر مقایسه اثربخشی دارو درمانی با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش شدت علائم اختلال افسردگی اساسی، یافته‌های حاصل از تحلیل واریانس در مرحله پس‌آزمون نشان داد که دارو درمانی در کاهش شدت علائم اختلال افسردگی اساسی اثر بیشتری داشته است و این یافته‌ها با نتایج مطالعات Kuyken و همکاران (۲۲)، Segal و همکاران (۲۳)، Kuyken و همکاران (۲۴)، Simon و همکاران (۲۵)، آقایی و همکاران (۲۶) و آقایی و همکاران (۲۷) همخوانی دارد. آقایی و همکاران در تبیین یافته مشابه خود بیان کردند که درمان‌های دارویی در کاهش علائم افسردگی نقش بسیار زیادی دارد، اما با توجه به نگرش منفی جامعه به درمان دارویی، تمایل کمتری برای استفاده از این روش درمانی مشاهده می‌شود (۲۶). همچنین،

جدول ۵. نتایج آزمون Levene در مورد پیش فرض تساوی واریانس‌های گروه‌های نمونه

شاخص	مراحل	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	F	P
افسردگی	پس‌آزمون	۱	۳۸	۰/۰۰۸	۰/۹۲۹
	پیگیری	۱	۳۸	۱/۲۱۲	۰/۲۷۸

جدول ۶. نتایج تحلیل کواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان علائم افسردگی در دو گروه

شاخص	متغیر وابسته (افسردگی)	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	P	میزان اثر	توان آماری
افسردگی (پیش‌آزمون)	پس‌آزمون	۱	۲۸۴/۶۹۱	۱۸/۶۳۷	۰/۰۰۱	۰/۹۸۸	۰/۳۳۵
	پیگیری	۱	۳۷۲/۸۰۸	۱۹/۳۲۵	۰/۰۰۱	۰/۹۹۰	۰/۳۴۳
عضویت گروهی	پس‌آزمون	۲	۴۷۴/۳۰۵	۳۱/۰۴۹	۰/۰۰۱	۱/۰۰۰	۰/۴۵۶
	پیگیری	۲	۴۹۲/۹۲۴	۲۵/۵۵۱	۰/۰۰۱	۰/۹۹۸	۰/۴۰۸

جدول ۷. مقایسه زوجی گروه‌ها روی مقیاس افسردگی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری

سطح معنی‌داری	خطای استاندارد	تفاوت میانگین‌ها	گروه	متغیر وابسته
پس‌آزمون	گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	۶/۶۸۲	۱/۲۲۰	۰/۰۰۱
	گروه دارو درمانی	-۶/۶۸۲	۱/۲۲۰	۰/۰۰۱
پیگیری	گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	-۷/۴۷۹	۱/۳۲۸	۰/۰۰۱
	گروه دارو درمانی	۷/۴۷۹	۱/۳۲۸	۰/۰۰۱

مناسب و اثربخش که پایداری آن‌ها از نظر تجربی اثبات شده باشند) نشان می‌دهد. همچنین، به منظور دستیابی به نتایج درمانی بهتر و پایدارتر، می‌توان پیشنهاد نمود که پژوهشگران بر اساس نتایج چنین پژوهش‌هایی، به طراحی کارآزمایی‌های بالینی و مدل‌های مداخله با ترکیب روش‌های درمانی مناسب و تجربی بپردازند.

محدودیت دیگر، نداشتن پیگیری طولانی مدت (چند ماه یا ۱ سال) به دلیل عدم دسترسی به تمام شرکت‌کنندگان در طول زمان بود. در این زمینه پژوهشگران می‌توانند در مطالعات بعدی به طراحی پژوهش‌هایی با هدف بررسی اثرات طولانی مدت چنین مداخلاتی بپردازند. لازم به ذکر است که توجه به محدودیت‌ها، در تعمیم نتایج بسیار مهم است.

پژوهش حاضر نشان داد که درمان دارویی در کاهش سریع‌تر علائم افسردگی اثرات بیشتری دارد و تأثیرات روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، در کاهش علائم افسردگی پایدارتر و طولانی‌مدت‌تر است. یافته‌های پژوهش حاضر نیاز به برنامه‌های مداخله‌ای جامع را (که هم شامل دارو درمانی برای کاهش سریع‌تر شدت علائم افسردگی و هم درمان‌های روان‌شناختی

## سپاسگزاری

بدین وسیله نویسندگان از مساعدت‌های مسؤولین دانشگاه علوم پزشکی لرستان، درمانگاه اعصاب و روان صدیق خرم‌آباد و تمامی شرکت‌کنندگان پژوهش، کمال تشکر و قدردانی را به عمل می‌آورند.

## References

- Godfrin KA, van Heeringen C. The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: A randomized controlled study. *Behav Res Ther* 2010; 48(8): 738-46.
- Sadeghi S, Sohrabi F, Delavar A, Borjaali A, Ghassemi G. Combined effect of anti-depressant and mindfulness-based group cognitive therapy (MBCT) on psychological well-being of divorced women. *J Isfahan Med Sch* 2010; 112(1): 680-98. [In Persian].
- Omid A, Mohammadi A, Zargar F, Akkashah G. 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. *J Birjand Univ Med Sci* 2014; 20(4): 383-92. [In Persian].
- Klainin-Yobas P, Cho MA, Creedy D. Efficacy of mindfulness-based interventions on depressive symptoms among people with mental disorders: a meta-analysis. *Int J Nurs Stud* 2012; 49(1): 109-21.
- Yasamy T, van Ommeren M, Chisholm D, Saxena Sh, WHO. Depression: A global public health concern [Online]. [cited 2012]; Available from: URL: [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/who\\_paper\\_depression\\_wfmh\\_2012.pdf](http://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf)
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA* 2003; 289(23): 3095-105.
- Melyani M, Alahyari AA, Azad Falah P, Fathi Ashtiani A, Tavoli A. Mindfulness based cognitive therapy versus cognitive behavioral therapy on residual symptoms in recurrent Depression. *J Behav Sci* 2013; 7(2): 159-66. [In Persian].
- 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.
- 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.
- Herbert JD, Forman EM. Acceptance and Mindfulness in Cognitive Behavior Therapy: Understanding and Applying the New Therapies. New Jersey, NJ: John Wiley & Sons; 2010.
- 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.
12. Huijbers MJ, Spijker J, Donders AR, van Schaik DJ, 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.
  13. Weck F, Rudari V, Hilling C, Hautzinger M, Heidenreich T, Schermelleh-Engel K, et al. Relapses in recurrent depression 1 year after maintenance cognitive-behavioral therapy: the role of therapist adherence, competence, and the therapeutic alliance. *Psychiatry Res* 2013; 210(1): 140-5.
  14. Abbott RA, Whear R, Rodgers LR, Bethel A, Thompson CJ, Kuyken W, et al. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction and mindfulness based cognitive therapy in vascular disease: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *J Psychosom Res* 2014; 76(5): 341-51.
  15. Khoury B, Lecomte T, Fortin G, Masse M, Therien P, Bouchard V, et al. Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2013; 33(6): 763-71.
  16. Hanasabzadeh M, Yazdandoost R, Asgharnejad Farid A, Gharaei B. Mindfulness based cognitive therapy (MBCT) on suicidal depressed patients: a qualitative study. *J Behav Sci* 2011; 5(1): 33-8. [In Persian].
  17. Piet J, Hougaard E. The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2011; 31(6): 1032-40.
  18. Omidi A, Mohamadkhani P. Training mindfulness as a clinical intervention. *Mental Health* 2008; 1(1): 29-38. [In Persian].
  19. Delavar A. Research Methods in psychology and educational Sciences. Tehran, Iran: Virayesh Publications; 2007. [In Persian].
  20. Rehm LP, O'Hara MW. Item characteristics of the Hamilton Rating Scale for Depression. *J Psychiatr Res* 1985; 19(1): 31-41.
  21. Mokhber N, Azarpajoo MR, Asghari Poor N. Effect of citalopram on depression and cognitive functions of stroke patients. *J Sabzevar Univ Med Sci* 2013; 20(1): 6-14. [In Persian].
  22. Kuyken W, Hayes R, Barrett B, Byng R, Dalgleish T, Kessler D, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT): a randomised controlled trial. *Lancet* 2015; 386(9988): 63-73.
  23. Segal ZV, Bieling P, Young T, MacQueen G, Cooke R, Martin L, et al. Antidepressant monotherapy vs sequential pharmacotherapy and mindfulness-based cognitive therapy, or placebo, for relapse prophylaxis in recurrent depression. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67(12): 1256-64.
  24. Kuyken W, Byford S, Taylor RS, Watkins E, Holden E, White K, et al. Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *J Consult Clin Psychol* 2008; 76(6): 966-78.
  25. Simon J, Pilling S, Burbeck R, Goldberg D. Treatment options in moderate and severe depression: decision analysis supporting a clinical guideline. *Br J Psychiatry* 2006; 189: 494-501.
  26. Aqaei E, Jamali S, Abedi A, Mortazavi M. Meta-analysis comparison of the effect of medicinal treatments and psychological interventions on the level of depression symptoms. *Quarterly Journal of Culture and Counseling Psychology* 2012; 3(10): 1-32. [In Persian].
  27. Aghaei A, Jalali D, Aminzadeh M. Comparing efficacy of group cognitive-behavioral psychotherapy, fluoxetine and hypiran in treatment of depression in women. *J Res Behav Sci* 2009; 7(2): 131-41. [In Persian].
  28. Crane R. Mindfulness-based Cognitive Therapy: Distinctive Features. London, UK: Routledge; 2009.

## Comparison of the Efficacy of Pharmacotherapy with Mindfulness-Based Cognitive Therapy in the Reduction of Symptoms Severity in Major Depressive Disorder

Samaneh Mohamadpour<sup>1</sup>, Fatemeh Ahmadi-Sabzevari<sup>2</sup>, Hedayat Nazari<sup>3</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Aim and Background:** The objective of the present study was the comparison of the efficacy of pharmacotherapy with mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in the reduction of the severity of symptoms in major depressive disorder (MDD).

**Methods and Materials:** This quasi-experimental study with pretest-posttest and follow-up (1 month) was conducted from November to February of 2013. The statistical population consisted of all patients diagnosed with MDD by a psychiatrist based on DSM-5 diagnostic criteria and had medical records at the Sedigh Psychiatric Clinic in Khoramabad, Iran. The study participants consisted of 40 patients selected through convenience sampling method. The subjects were randomly assigned to the pharmacotherapy (n = 20) or MBCT groups (n = 20) and completed the Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) (pretest). Then, the MBCT group received 8 sessions of MBCT and the pharmacotherapy group received a 20-mg fluoxetine capsule daily for 2 months. At the end of the intervention, posttest was performed on both groups. Data were analyzed using ANCOVA in SPSS software.

**Findings:** The results of the present study indicated a significant difference between the pharmacotherapy and MBCT groups ( $P < 0.001$ ); the mean scores of the pharmacotherapy group showed a more significant decrease compared to the MBCT group. Nevertheless, the effects of MBCT showed greater persistence over the follow-up period.

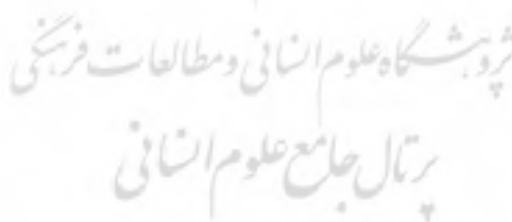
**Conclusions:** The results showed that both treatment methods were effective in improving depression in patients. However, pharmacotherapy was more effective in reducing the symptoms of depression and MBCT had more persistent therapeutic effects. Therefore, based on the results of such studies, it is recommended that researchers design clinical trials with the integration of empiric therapy methods in future studies.

**Keywords:** Major depressive disorder, Pharmacotherapy, Mindfulness-based cognitive therapy

**Citation:** Mohamadpour S, Ahmadi-Sabzevari F, Nazari H. Comparison of the Efficacy of Pharmacotherapy with Mindfulness-Based Cognitive Therapy in the Reduction of Symptoms Severity in Major Depressive Disorder. J Res Behav Sci 2015; 13(4): 617-24

Received: 23.07.2015

Accepted: 23.10.2015



1- Clinical Psychologist, Social Determinants of Health Research Center, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran

2- General Psychologist, Counseling Center, Welfare Organization of Lorestan Province, Khoramabad, Iran

3- Associate Professor, Department of Psychiatry, School of Medicine, Lorestan University of Medical Sciences, Khoramabad, Iran

**Corresponding Author:** Samaneh Mohamadpour, Email: mohamadpour\_s@yahoo.com