

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال سیزدهم شماره ۵۱ پاییز ۱۳۹۷

مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد با درمان فراشناختی در درمان بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی

زهره هاشمی^۱

علی افشاری^۲

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه درمان فراشناختی با درمان پذیرش و تعهد در درمان بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بود. در پژوهش حاضر ۴۵ بیمار مبتلا به اختلال افسردگی اساسی به‌طور تصادفی در سه گروه درمان فراشناختی، پذیرش و تعهد و گروه لیست انتظار جایگزین شدند. دو گروه درمانی، درمان‌های متناظر را دریافت کردند و برای گردآوری داده‌ها، آزمون افسردگی بک ویراست دوم (BDI-II) را در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل کردند. داده‌های پژوهش از طریق تحلیل واریانس و کوواریانس مورد تجزیه تحلیل قرار گرفتند. نتایج مطالعه نشان داد که هر دو درمان در مقایسه با گروه لیست انتظار، موفق به کاهش علائم افراد مبتلا به اختلال افسردگی شدند ($R < 0.001$). البته درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود افسردگی نسبت به درمان فراشناخت اندکی از اثربخشی بهتری برخوردار بود. ولی این دو درمان در کاهش افسردگی تفاوت معنی‌داری با هم نداشتند ($p > 0.05$). به‌عنوان نتیجه‌گیری می‌توان گفت، هر دو درمان فراشناختی و درمان پذیرش و تعهد در کاهش شدت علائم افسردگی اثربخش بودند.

واژگان کلیدی: درمان فراشناختی؛ درمان پذیرش و تعهد؛ اختلال افسردگی اساسی

Email: zhashemi1320@gmail.com

۱- استادیار گروه روانشناسی دانشگاه مراغه (نویسنده مسئول)

۲- استادیار گروه روانشناسی دانشگاه مراغه

مقدمه

اختلال افسردگی یک بیماری عودکننده با پیامدهای اجتماعی، اقتصادی، جسمانی و روانی بسیار می‌باشد (سگال و همکاران^۱، ۲۰۰۷). در رابطه با اهمیت این اختلال می‌توان گفت که در حال حاضر افسردگی چهارمین بیماری شایع جهان محسوب شده و براساس آمار اعلام شده از سوی سازمان بهداشت جهانی^۲، ۳۴۰۰ میلیون نفر از افسردگی رنج می‌برند. بر طبق برآوردهای انجام شده پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۰ این بیماری به دومین بیماری شایع جهان تبدیل شود (چاپمن و پری^۳، ۲۰۰۸). این بیماری تا حد قابل توجهی از طریق اختلال در شغل، تحصیل، روابط بین فردی و خانوادگی، رنج طولانی مدت و حتی خودکشی، بر کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد (کالتالر^۴ و همکاران، ۲۰۰۲). همچنین به علت ناتوانی و غیبت‌های مکرر منجر به زیان اقتصادی زیادی می‌شود (اسپیترز^۵، ۲۰۰۹). از سویی به دلیل این که تقریباً دو سوم بیماران به خودکشی می‌اندیشند و ۱۰ تا ۱۵ درصد آنها از این طریق به زندگی خود خاتمه می‌دهند، اهمیت توجه به افسردگی به عنوان یکی از اختلال‌های مهم روان شناختی آشکار می‌شود (کاپلان^۶ و کاپلان، ۲۰۰۸). نشخوار فکری^۷، به صورت تفکر افسرده‌ساز چرخه‌ای و مداوم تعریف می‌شود و پاسخ نسبتاً رایج به خلق منفی بوده و خاصیت شناختی برجسته‌ای از احساس ملامت و اختلال افسردگی عمده است. در سه دهه گذشته، شناخت درمانی و کاربرد بیشتر آن در برخورد با مسایل روزافزون روانی و رفتاری و نابسندگی بودن صورت‌بندی‌های نظری کلاسیک (عمدتاً مدل‌های خطی) در تبیین مسایل و ارایه مداخلات درمانی مناسب، با کاستی‌های فراوان روبرو بوده است. لذا، پس از نقدهای نظری، برای تبیین رابطه شناخت و هیجان، مدل‌های خطی به تدریج جای خود را به مدل‌های پیچیده‌تر و چندلایه‌ای دارند (کاویانی، ۱۳۸۷). از سال ۱۹۹۰ به بعد و با شروع موج سوم درمان رفتاری شناختی گرایش به سمت پروتکل‌های درمانی جدید بر پایه شناخت‌درمانی افزایش یافت و درمان‌هایی چون رفتاردرمانی دیالکتیکی^۸، درمان پذیرش و

1- Segal

3- Chapman & Perry

5- Spitzer

7- rumination

2- World Health Organization (WHO)

4- kaltenthaler

6- Kaplan

8- Dialectical Behavior Therapy (DBT)

تعهد^۱، درمان فراشناخت^۲ و شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن^۳ معرفی شدند. رویکرد فراشناختی بر اساس نظریه بنیادی (الگوی کارکرد اجرایی خود نظم‌بخش) استوار است. این مدل آسیب‌پذیری به اختلال‌های هیجانی را الگوی توجه معطوف به خود افراطی، فعال شدن باورهای غیرمنطقی ناسازگارانه و فرایندهای بازتابی خاص می‌داند. این فرایند هنگامی فعال می‌شود که فرد بین اهداف درونی خود و شرایط بیرونی احساس ناهماهنگی می‌کند. در این شرایط راهبردهای خاصی چون جذب اطلاعات به درون باورها، سرکوب فکر، نشخوار فکری و نگرانی به منظور جلوگیری از ورود محرک‌های ناراحت‌کننده به هشیاری یا حل مشکلات ناشی از ناهماهنگی، نظارت بر حالت‌های جسمی - روانی و آمادگی در برابر خطر، به منظور کاهش این ناهماهنگی توسط کارکرد اجرایی خودنظم بخش به کار گرفته می‌شوند (ولز و متیوس، ۱۹۹۶).

درمان فراشناختی اختلال افسردگی بیشتر بر درک علل نشخوار فکری و حذف این فرایند ناسازگارانه تأکید می‌کند. چراکه نشخوار فکری، خصیصه محوری سندرم شناختی - توجهی و یکی از راهکارهای کارکرد اجرایی خودنظم بخش است که برای کاهش ناهماهنگی شناختی در پاسخ به افکار منفی و احساس غمگینی فعال می‌شود و در واقع نوعی سبک مقابله با خلق افسرده به‌شمار می‌آید (بارن هوفر^۴ و همکاران، ۲۰۰۹؛ رولوفز^۵ و همکاران، ۲۰۰۶). سندرم شناختی - توجهی شامل نشخوار فکری، پایش تهدید و رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه است. این سندرم موجب تداوم غمگینی و باورهای منفی شده و به دوره‌های افسرده‌ساز منجر می‌شود (ولز و متیوس، ۱۹۹۶). درمان فراشناختی از طریق آموزش توجه به بیمار کمک می‌کند تا فرایند نشخوار فکری را قطع کند. سپس باورهای منفی و مثبت بیمار درباره نشخوار فکری را به چالش می‌کشد. این درمان به جای افکار خودآیند منفی، فرایند نشخوار فکری را هدف مداخله قرار می‌دهد و به این ترتیب احتمال ورود به دوره‌های افسردگی اساسی کاهش می‌یابد (ولز و متیوس، ۱۹۹۶).

1- Acceptance and commitment therapy (ACT) 2- Meta cognitive therapy (MCT)
 3- Mindfulness based cognitive therapy 4- Barenhofer
 (MBCT)
 5- Roelofs

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خلاف رویکرد درمان شناختی رفتاری سنتی، مستقیماً بر روی کاهش نشانگان عمل نمی‌کند، بلکه در عوض، سودمندی و کارکرد تجارب روان‌شناختی نظیر افکار، احساسات، خاطرات و احساسات روان‌شناختی را هدف قرار می‌دهد. این روش فعالیت‌های معنادار زندگی را بدون توجه به وجودشان پیگیری می‌کند.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با نام اختصاری ACT یکی از درمان‌های موج سوم رفتاردرمانی است که توسط استیون هیز و همکارانش معرفی شده و ریشه فلسفی عمیقی دارد که زمینه‌گرایی عملکردی نامیده می‌شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در اصل یک رفتاردرمانی است، موضوع آن عمل است اما نه هر عملی بلکه عملی که ارزش محور و ذهن آگاهانه باشد، عملی که با هوشیاری و حضور کامل انجام می‌شود، گشوده بودن نسبت به تجربه و مشارکت کامل در آنچه انجام می‌شود. هدف این رویکرد کمک به مراجع برای ایجاد یک زندگی غنی، کامل و معنادار است در عین پذیرش رنجی که زندگی با خود دارد. اصول زیر بنایی آن شامل، ۱- پذیرش یعنی تمایل به تجربه درد یا دیگر رویدادهای آشفته کننده بدون اقدام به مهار آنها، ۲- عمل مبتنی بر ارزش یعنی تعهد توأم با تمایل به عمل. در این درمان به جای تغییر شناخت‌ها سعی می‌شود تا ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد در واقع ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد درباره تجارب ذهنی (افکار، احساسات) افزایش یافته و متقابلاً اعمال کنترل ناموثر کاهش یابد. به بیمار آموخته می‌شود که هرگونه عمل جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آنها می‌شود و باید (این تجارب را بدون هیچ گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آنها)، به‌طور کامل پذیرفت (فرمانو هربرت^۱، ۲۰۰۹). فرآیند مرکزی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد می‌آموزد چگونه با افکار مزاحم آمیخته نشوند (ماسودا، هایر و ساکت و توهیگ^۲، ۲۰۰۴، توهیگ^۳، ۲۰۰۹) و بر بسیاری از نشانه‌ها و تظاهرات بالینی اختلال افسردگی تأثیر مثبت بگذارد (لویتف براون و اورسیکو^۴، ۲۰۰۴). اثربخشی دو مدل درمانی فراشناختی و پذیرش و تعهد در پژوهش‌های مختلفی نشان داده

1- Forman Herbert
3- Twohig

2- Masuda, Hayes, Sackett & Twohig
4- Levitt, Brown, Orsillo

شده است. برای مثال ولز و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهش اثربخشی درمان فراشناختی را در گروهی از بیماران مبتلا به اختلال افسردگی مقاوم در ۸ جلسه درمانی مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که افرادی که این درمان را دریافت کرده بودند کاهش معناداری در نشانه‌های افسردگی دارند. ولز و متیوس^۱ (۱۹۹۶) اثربخشی درمان فراشناختی را روی افراد افسرده مورد پژوهش قرار دادند، این بررسی به صورت تک موردی بر روی ۴ نفر و با پیگیری ۳ تا ۶ ماهه صورت گرفت. درمان با بهبود قابل توجه علائم افسردگی و کاهش نشخوار فکری همراه بود و نتایج کسب شده در دوره پیگیری نیز ادامه داشت. در پژوهشی دیگر ولز و پاپاچرجیو^۲ (۲۰۰۴) به درمان افسردگی اساسی عودکننده از طریق آموزش توجه پرداختند. نتایج نشان داد این مداخله روی ۴ بیمار به عنوان یک پتانسیل درمانی، برای این اختلال مؤثر است. تکنیک آموزش توجه^۳ تغییرات قابل پیش‌بینی را در خود تمرکزی و فراشناخت ایجاد می‌کند. همچنین هاشمی، علیلو و هاشمی (۱۳۹۰) اثربخشی درمان فراشناختی را روی افراد افسرده مورد پژوهش قرار دادند، این بررسی به صورت تک موردی بر روی ۳ نفر و با پیگیری ۳ تا ۶ ماهه صورت گرفت که در آن پژوهش، درمان با بهبود قابل توجه علائم افسردگی و کاهش نشخوار فکری همراه بود و نتایج کسب شده در دوره پیگیری نیز ادامه داشت. همچنین نتایج پژوهش‌ها نشان داده که استفاده از رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش علائم افسردگی می‌شود. ساجده رجبی و فریبا یزدخواستی (۱۳۹۳) اثربخشی درمان پذیرش و تعهد را بر اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به ام اس و همچنین مرتضی ترخان (۱۳۹۶) اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در زنان افسرده نشان دادند. در پژوهش‌هایی که توسط کلارک و کینگستون^۴ (۲۰۱۴)، هور، آقای و عابدی (۲۰۱۵)، پورفرجی (۲۰۱۱) و مولاوی و میکاییلی (۲۰۱۴) صورت گرفت، نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش میزان افسردگی شده است. همان طور که ذکر شد پژوهش‌های مختلفی اثربخشی دو مدل درمانی فراشناختی و درمان پذیرش و تعهد را در افراد مبتلا به افسردگی نشان داده‌اند. مطالعه حاضر درصدد است تا علاوه بر سنجش میزان اثربخشی این دو مدل درمانی

1- Wells & Matthews

3- Attention Training Technique (ATT)

2- Wells & Papageorgiou

4- Clarke Kingston

در کاهش نشانه‌های افسردگی، این دو نوع درمان را مقایسه کند. امید است یافته‌های پژوهش حاضر راهگشای پژوهش‌های آینده در زمینه روشن کردن نقش مکانیزم‌های هر یک از انواع درمان در نحوه میزان اثر هر کدام از آنها بر نشانه‌های اختلال افسردگی باشد.

روش

پژوهش حاضر از نوع بررسی‌های مقایسه‌ای است که به‌جای مقایسه یک روش درمانی با گروه شاهد بدون درمان یا لیست انتظار (کارایی مطلق)، دو روش درمانی را پایه مقیاس پیامد، با یکدیگر مقایسه می‌کند. حجم نمونه پایه جدول کوهن، توان آزمون $0/80$ ، سطح آلفای $0/50$ و اندازه اثر $0/8$ ، در گروه ۱۵ نفر تعیین شد. شیوه نمونه‌گیری این پژوهش بر اساس نمونه‌گیری هدفمند بود و نحوه گردآوری نمونه از بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک روان‌شناسی هلال احمر تبریز بود. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: دارا بودن ملاک‌های تشخیصی اختلال افسردگی اساسی بر اساس DSM، ثبات دارو در مقدار و نوع (در صورت مصرف دارو حین پژوهش). ملاک‌های خروج نمونه از پژوهش نیز عبارت بودند از داشتن هر نوع اختلال روانپریشی یا اختلال دوقطبی، داشتن هر نوع اختلال شخصیت، سابقه سوء مصرف مواد و وابستگی به هر نوع مواد خاص دیگر که علایم تحمل ترک در آنها ظاهر شود، دریافت هر نوع درمان روان‌شناختی (مانند درمان شناختی-رفتاری، رفتار درمانی و شناخت درمانی) در طی دو سال گذشته، وجود مخاطراتی برای بیمار (مثل داشتن افکاری جدی در مورد خودکشی) و تغییر در مقدار مصرف داروهای روانپزشکی در طول پژوهش به‌دلیل تشدید علایم بیمار و یا وجود مخاطراتی نظیر خودکشی که مستلزم افزایش یا تغییر در دوز دارو بود. در طول ۶ ماه، ۷۰ بیمار به پژوهشگر معرفی شدند. مصاحبه ساختاریافته اختلال افسردگی (SCID) بر روی داوطلبان مراجعه‌کننده یا ارجاع شده اجرا شد و در نهایت، ۴۸ نفر ملاک‌های ورود پژوهش را احراز کردند. افراد حذف شده به‌دلیل تشخیص اختلال‌های همزمان، در دسترس نبودن در طول مدت درمان و عدم امکان ثبات مقدار و نوع دارو، از پژوهش کنار گذاشته شدند. لازم به ذکر است که برای حفظ اخلاق پژوهشی، افراد خارج شده از پژوهش به سایر درمانگران مرکز ارجاع شدند تا تحت روان‌درمانی و یا دارو درمانی قرار گیرند. در نهایت با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و

خروج پژوهش ۴۵ نفر فرد مبتلا به اختلال افسردگی انتخاب شدند (به دلیل ریزش در حین جلسات درمان).

آزمودنی‌ها در سه گروه قبل و بعد درمان یا ابرازهای پژوهش ارزیابی شدند. ۱۵ نفر گروه فراشناختی، ۱۵ نفر پذیرش و تعهد و ۱۵ نفر لیست انتظار. پس از اینکه آزمودنی‌ها به طور تصادفی در گروه‌ها جایگزین شدند، گروه آزمایش اول، درمان فراشناختی به مدت ۸ جلسه (هفته‌ای ۲ جلسه) و به صورت انفرادی توسط پژوهشگر ارائه شد. برای گروه آزمایش شماره دو نیز درمان پذیرش تعهد به مدت ۸ جلسه به صورت انفرادی توسط یک درمانگر غیر از پژوهشگر اجرا شد. این فرد صلاحیت انجام درمان پذیرش و تعهد را دارا بود و هیچ اطلاعاتی از محتوای درمان فراشناختی نداشت. شرکت‌کنندگان گروه شاهد تا پایان درمان گروه‌های آزمایشی در لیست انتظار باقی ماندند و بعد از پایان درمان گروه‌های آزمایشی، در لیست انتظار باقی ماندند و بعد از پایان درمان طرح پژوهش و بعد از پایان درمان طرح پژوهش درمان فراشناخت را به صورت انفرادی دریافت کردند. ابزارهای پژوهش در ۲ مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون توسط آزمودنی‌ها تکمیل شد. لازم به ذکر است فرایند ارزیابی توسط یک ارزیاب آموزش دیده غیر از پژوهشگر که در جریان پژوهش نبود و هیچ اطلاعاتی از نوع گروه‌های مورد ارزیابی نداشت صورت گرفت به علاوه امکان انصراف آزمودنی‌ها از پژوهش و استفاده از درمان‌های دیگر در صورت ضرورت، در هر زمان وجود داشت.

روش درمان فراشناختی بر اساس راهنمای

درمان فراشناختی برای افسردگی اساسی روی فهم علت‌های نشخوار فکری تمرکز دارد و درمان شامل راهبردهایی است که مستقیماً نشخوار فکری را هدف قرار می‌دهند. درمان مشتمل بر آموزش توجه با هدف قطع افکار منفی تکرارشونده و کسب مجدد کنترل انعطاف‌پذیر بر روی شیوه‌های تفکر می‌باشد تکنیک‌های چالش با باورهای فراشناختی منفی که در مورد غیرقابل کنترل بودن افکار افسرده‌کننده هستند و همچنین چالش با باورهای مثبت که در مورد ضرورت انجام نشخوار فکری برای مقابله و یافتن پاسخ می‌باشند و با تکنیک‌های آموزش توجه ترکیب می‌شود. این درمان روی کاهش فرایندهای شناختی غیرسودمند و تسهیل سبک‌های فراشناختی پردازش تمرکز دارد. درمان فراشناختی، بیمار را

به گسیختن نشخوارهای ذهنی، کاهش تمایلات خود کنترلی و ایجاد سبک‌های سازگارانه بیشتر قادر می‌سازد. یک مؤلفه مهم درمان اصلاح عقاید فراشناخت مثبت و منفی در مورد نشخوار ذهنی است (ولز، ۲۰۰۸).

درمان فراشناختی برای اختلال افسردگی عمده در غالب ۸ جلسه با استفاده از تکنیک‌های زیر اجرا شد. فرمول‌بندی کلی مراجع، معرفی مدل، شناسایی دوره‌های نشخوار ذهنی (افزایش فراشناخت)، تمرین تکنیک افزایش توجه، معرفی و تمرین ذهن آگاهی انفصالی و به تعویق انداختن نشخوار ذهنی چالش با فراشناخت‌های غیرقابل کنترل، بررسی سطوح فعالیت و سبک‌های مقابله‌ای غیر سودمند. چالش با عقاید مثبت در مورد نشخوار ذهنی. شناسایی عقاید منفی و چالش با آنان در مورد هیجان و افسردگی، نوشتن طرح‌های جدید (کامل کردن فرم خلاصه و دادن یک کپی از آن به بیمار)، کشف و اصلاح ترس‌های عودکننده، پیشگیری از عود و کار روی عقاید فراشناختی باقی‌مانده.

در گروه درمان فراشناختی جلسات درمان بعد از اجرای پیش‌آزمون به منزله اندازه‌گیری اثرات مداخله به صورت اجمالی در جدول (۱) ارائه شده است.

جدول (۱) جلسات درمان فراشناختی

تکنیک‌ها	جلسات
فرمول‌بندی، معرفی مدل، شناسایی نشخوار فکری، تمرین آموزش توجه	جلسه اول
معرفی و تمرین ذهن آگاهی انفصالی، به تعویق انداختن نشخوار فکری	جلسه دوم
چالش با فراشناخت‌های غیرقابل کنترل بودن فکر	جلسه سوم
چالش با عقاید فراشناختی مثبت	جلسه چهارم
بازبینی سطوح فعالیت	جلسه پنجم
شناسایی عقاید منفی در مورد هیجان و افسردگی و چالش با آنان	جلسه ششم
نوشتن طرح‌های جدید	جلسه هفتم
پیشگیری از عود	جلسه هشتم

اصول زیر بنایی درمان پذیرش و تعهد شامل:

۱- پذیرش یا تمایل به تجربه درد و یا دیگر رویدادهای آشفته‌کننده بدون اقدام به مهار آنها.

۲- عمل مبتنی بر ارزش یا تعهد توام با تمایل به عمل به عنوان اهداف معنی دار شخصی بیش از حذف تجارب ناخواسته است که در تعامل با دیگر واکنش‌های غیرکلامی به شیوه‌ای که منجر به کاکرد سالم می‌شود. این روش شامل تجربیات تجربی و تمرینات مبتنی بر مواجهه، استعاره‌هایی زبانی و روش‌هایی چون آموزش مراقبت ذهنی است (والیس و همکاران، ۲۰۰۳).

در گروه درمان پذیرش و تعهد جلسات درمان بعد از اجرای پیش‌آزمون به‌منزله اندازه‌گیری اثرات مداخله به‌صورت اجمالی در جدول (۲) ارائه شده است.

جدول (۲) جلسات درمان پذیرش و تعهد

جلسات درمان	تکنیک‌ها
جلسه اول	آشنایی با درمان و توزیع پرسشنامه
جلسه دوم	بحث در مورد تجربیاتی و ارزیابی آنها. ایجاد ناامیدی خلاقانه، کارآمدی به عنوان معیار سنجش
جلسه سوم	بیان کنترل به‌عنوان مشکل
جلسه چهارم	تکلیف و تعهد رفتاری، معرفی گسلش، کاربرد تکنیک گسلش شناختی
جلسه پنجم	نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار، مشاهده خود به عنوان زمینه تکلیف خود مفهومی و بیان خود
جلسه ششم	سنجش عملکرد، کاربرد تکنیک ذهن آگاهی. تضاد بین تجربه و ذهن
جلسه هفتم	معرفی مفهوم ارزش - نشان دادن فطرت تمرکز بر نتایج، کشف ارزش‌های عملی زندگی
جلسه هشتم	درک ماهیت تمایل و تعهد، تعیین الگوهای عملی متناسب با ارزش‌ها

ابزارهای پژوهش

مصاحبه بالینی ساختار یافته برای تشخیص اختلالات محور ۱ (SCID-I): مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات محور I مصاحبه‌ای انعطاف‌پذیر است که توسط فرست، اسپیتزر، گیون و ویلیامز^۱ (۱۹۹۶) تهیه شد. تران و اسمیت^۲ (۲۰۰۴) ضریب کاپای ۶۰ درصد را به‌عنوان ضریب پایایی بین ارزیاب‌ها برای SCID-I گزارش کرده‌اند. شریفی و همکاران

1- Vallis & et al.,
3- Tran & smith

2- First, spitzer, Gibbon & williams
4- Beck, Epstein, Brown & Steer

(۱۳۸۳) این مصاحبه را پس از ترجمه به زبان فارسی، بر روی نمونه ۲۹۹ نفری اجرا کردند. توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی، متوسط یا خوب بود (کاپای بالاتر از ۶۰ درصد). توافق کلی (کاپای کل تشخیص‌های فعلی ۵۲ درصد و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۵۵ درصد) به‌دست آمده نیز خوب بود.

پرسشنامه افسردگی بک-ویرایش دوم: این پرسشنامه شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است (بک، اپستاین، براون و استیر^۱، ۱۹۸۸). این ویرایش در مقایسه با ویرایش اول بیشتر با DSMIV همخوان است و همانند BDI، BDI-II نیز ۲۱ سوالی است و تمام عناصر افسردگی بر اساس نظریه شناختی را پوشش می‌دهد. به‌طور معمول، نمره افراد افسرده از نظر بالینی و افراد ناسازگار غیربیمار در دامنه ۱۲ تا ۴۰ قرار می‌گیرد. نتایج پژوهش بک و همکاران (۱۹۹۶) نشان داد که این پرسشنامه ثبات درونی بالایی دارد. فنی (۲۰۰۴) نیز در یک نمونه ۹۴ نفری در ایران، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و پایایی باز آزمایی این مقیاس را در طی یک هفته ۰/۹۶ گزارش کرده است.

تجزیه تحلیل داده‌ها با کمک نرم‌افزار spss-16 انجام شد. در ابتدا، آزمون کولموگروف-اسمیرنف برای بررسی فرض طبیعی بودن توزیع داده‌ها استفاده شد و نتایج آن حاکی از تأیید این فرض بود. سپس برای بررسی همگنی واریانس‌ها متغیرهای مورد مطالعه در گروه آزمایش و شاهد از آزمون لوین و ام باکس استفاده شد. برای بررسی اثر تعامل (تکرار اندازه گیری‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون) و گروه‌های مورد مطالعه از تحلیل واریانس استفاده شد. از آنجا که نتایج آزمون کرویت ماکل نیز حاکی از برقراری فرض کرویت بود، به تعدیل درجه آزادی تأثیرات ساده، به‌عنوان آزمون تعقیبی در طرح‌های عامل مختلط استفاده شد.

یافته‌ها

در رابطه با مشخصات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها، در مجموع ۴۸ درصد زن و ۵۲ درصد مرد حضور داشتند. میانگین سن آزمودنی‌ها ۲۲ با انحراف استاندارد ۵/۲ بود. تشخیص اصلی کلیه

1- Beck, Epstein, Brown & Steer

آزمودنی‌ها در این پژوهش اختلال افسردگی اساسی بود. برای مقایسه تفاوت میانگین گروه‌های پژوهش در هر یک از مفروضه‌های مورد مطالعه از آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه (ANOVA) استفاده شد. در ابتدا آزمون کولموگروف اسمیرنف^۱ برای بررسی مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها استفاده شد و نتایج آن حاکی از تأیید نرمال بودن توزیع متغیرهای مورد مطالعه در گروه‌های پژوهش بود (جدول ۳). سپس برای بررسی همگنی واریانس گروه‌های آزمایشی و کنترل در متغیرهای مورد مطالعه از آزمون لوین^۲ استفاده شده بود. با توجه به نتایج به دست آمده از این آزمون برای افسردگی ($F=1/90$, $p=/.14$). مفروضه همگنی واریانس‌ها برای متغیرهای مذکور تأیید شد. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک راهه (ANOVA) (جدول ۴).

برای بررسی تفاوت میانگین‌های گروه‌های پژوهش از لحاظ متغیرهای مورد مطالعه در قبل از درمان نشان داد که گروه‌های آزمایشی و کنترل تفاوت معناداری در متغیرهای مورد مطالعه ندارند.

جدول (۳) نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنف برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیر پژوهش در گروه‌های آزمایشی و کنترل

مقیاس	Z(P value) MCT	Z(P value) ACT	Z(P value) con
افسردگی	۱/۲۵(/۱۹۰)	۱/۰۴(/۲۲۹)	۱/۰۹(/۲۵۶)

Z(P value) MCT نمره آزمون z (سطح معناداری) درمان فراشناختی، ACT (P value) Z نمره آزمون z (سطح معناداری) درمان پذیرش و تعهد و Z(P value) con نمره آزمون z (سطح معناداری) گروه کنترل

جدول (۴) میانگین، انحراف استاندارد و نتایج آزمون F برای متغیر افسردگی پژوهش قبل از درمان

مقیاس	M(SD) MCT	M(SD)ACT	M(SD)con	F(value)
افسردگی	۲۵/۲۵(۲/۹۴)	۲۳/۰۶(۳/۱۵)	۲۰/۰۹(۳/۰۷)	۰/۷۳(۰/۴۶)

M (SD) MCT میانگین (انحراف استاندارد) درمان فراشناختی، ACT (SD) M میانگین میانگین (انحراف استاندارد) درمان پذیرش و تعهد، con (SD) M میانگین (انحراف استاندارد) گروه کنترل. F (value) نمره آزمون F و سطح معناداری

1- Kolmogrov-smirnov test

2- levenes test

جدول (۵) مقایسه اثرات ساده عامل درون‌گروهی در هریک از سطوح عامل بین‌گروهی در متغیر افسردگی

گروه	منبع اثر	درجه آزادی	میزان F	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه درمان MCT	زمان	۲	۷۸/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۵۷
	خطا	۲۴			
گروه درمان ACT	زمان	۲	۸۰/۳۰	۰/۰۰۱	۰/۶۹
	خطا	۲۶			
گروه کنترل	زمان	۲	۷/۴۵	۰/۸۹	۰/۰۰۱
	خطا				

برای بررسی اثرات تعامل زمان (تکرار اندازه‌گیری‌ها به صورت پیش‌آزمون، پس‌آزمون) و گروه‌های مورد مطالعه (درمان فراشناخت، درمان پذیرش و تعهد و گروه کنترل) از تحلیل واریانس استفاده شد. معنادار نبودن آزمون ام باکس برای یکسانی کواریانس ماتریس‌ها حاکی از آن بود که مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کواریانس متغیرهای مستقل در گروه‌های پژوهش یکسان است ($P > 0.05$). نتایج آزمون کرویت موچلی نیز حاکی از برقراری فرض کرویت است ($P > 0.05$) و به تعدیل درجه آزادی برای آزمون درون‌گروهی نیازی نیست. بنابراین با توجه به دو آزمون فوق‌الذکر، می‌توان نتایج را با فرض همگنی ماتریس کواریانس‌ها و فرض کرویت برای متغیرهای پژوهش تفسیر کرد و نیازی به تفسیر آزمون‌های محافظه‌کارانه مثل استفاده از آزمون گرین هوس کایزر نیست.

نتایج جدول (۵) نشان می‌دهد که از بین سه مرحله اندازه‌گیری متغیر افسردگی حداقل بین دو مرحله اندازه‌گیری در گروه درمان فراشناختی ($F(2,26) = 78.14, P = 0.001, \eta^2 = 0.57$) و گروه درمان پذیرش و تعهد ($F(2,24) = 78.14, P = 0.001, \eta^2 = 0.57$) و گروه کنترل ($F(2,24) = 78.14, P = 0.001, \eta^2 = 0.57$) تفاوت معناداری وجود دارد.

بحث

نتایج پژوهش نشان داد درمان پذیرش و تعهد در کاهش افسردگی در پایان درمان اندکی نسبت به درمان فراشناختی از اثربخشی بیشتری برخوردار بود. در پژوهش حاضر درمان

فراشناختی نیز موفق به کاهش شدت افسردگی شد و تفاوت دو درمان معنادار نبود، این یافته، با یافته‌های ولز و همکاران (۲۰۰۷)، کوستا و ولز (۲۰۰۳)، کوستا و ولز (۲۰۰۱)، ولز و متیوس ۱۹۹۶، ولز و پاپاجرجیو ۲۰۰۴ همسو است. همچنین یافته‌های پژوهش از اثربخشی پروتکل پذیرش و تعهد حمایت کرد و این نتایج با یافته‌های کلارک و کینگستون^۱ (۲۰۱۴)، هور، آقایی و عابدی (۲۰۱۵)، پورفرجی (۲۰۱۱) و مولوی و میکاییلی (۲۰۱۴) کاویانی (۲۰۰۲)، گریگ و همکاران (۲۰۰۷)، ولز (۲۰۰۲) و زاتل (۲۰۰۳) همسو است. اگر چه هدف هر دو درمان با توجه به اینکه جزء موج سوم درمان‌های روان‌شناختی هستند، شبیه هم است اما تفاوت این درمان‌ها در فرایندهای درمانی و تا حدی تکنیک‌های مورد استفاده است. یکی از دلایل تفاوت اندک اثربخشی درمان فراشناختی با پذیرش و تعهد می‌تواند ناشی از تمرکز درمان فراشناختی به باورهای فراشناختی باشد. این درمان در سطح فراشناختی به بررسی شیوه کنترل افکار بیمار و باورهای او درباره افکار مزاحم، باورهای او درباره ضرورت مقابله مانند نشخوار فکری می‌پردازد. در درمان فراشناختی تأکید بر مؤلفه‌های شناختی بیشتر از مؤلفه‌های رفتاری است. آسیب‌شناسی هم حاکی از آن است که نشخوار فکری هسته اصلی اختلال افسردگی است و کاهش نشخوار فکری و افکار تکرارشونده متفی منجر به کاهش شدت افسردگی می‌شود ولی نادیده گرفتن انرژی و انگیزه پایین این بیماران و بی‌توجهی به فعال‌سازی رفتاری می‌تواند میزان اثربخشی را کاهش دهد.

در واقع این دو درمان جزیی از موج سوم^۲ رفتار درمانی است. که گرایش اخیر بازگشت به ریشه‌های رفتارگرایی و ابداع درمان‌های رفتاری رادیکال، بافتی و مبتنی بر پذیرش است. مانند پذیرش و تعهد درمانی هیز. این موضوع به شناخت‌درمانی هم سرایت کرده است به نشانه آن ابداع درمان‌های جدید شناختی از جمله رویکرد فراشناختی ولز است. به‌طور کلی دیدگاه بافتی در آسیب‌شناسی روانی فرض می‌کند که برای شناخت بهتر رفتار باید آن را در بافتی که در آن رخ می‌دهد تحلیل کرد، یعنی رفتارها و رویدادهای روان‌شناختی به‌صورت اعمال کل ارگانیزم در تعامل با بافت تاریخچه‌ای و موقعیتی است و این اعمال رویدادهای یکپارچه هستند که تنها به‌دلیل اهداف عملگرایانه می‌توان از هم جداشان کرد. ولی در

1- Clarke Kingston

2- Third wave

دیدگاه‌های دیگر آسیب‌شناسی مثل شکل‌گرایی، ارگانیزم‌گرایی، برای مثال در ماشین‌گرایی فرض می‌شود که دنیا و یا ارگانیزم از اجزاء جداگانه‌ای ساخته شده است که اختلال نشانه عیب یکی از اجزا است و ماشین‌گرا آن جز معیوب را می‌یابد و تعمیر می‌کند و سیستم به‌نجار می‌شود. دیدگاه‌های نظری زیستی، شناختی و رفتاری نسل اول در واقع نگاه مکانیستی دارد مثلاً اختلال در نوروترانسمیترها یا طرح‌واره‌های افسرده‌ساز یا خطا شناختی یا نقص مهارت‌های ارتباطی. تفاوت بافت‌گرایی با سایر جهان‌بینی‌ها در اینست که از ملاک عمل‌گرایانه حقیقت استفاده می‌کند یعنی ملاک درستی، کارایی است و تحلیلی درست‌تر است که بیشتر اهداف آن تحلیل را برآورد. پس اهداف است که تبیین می‌کند ملاک حقیقت چیست. بافت‌گرایی هم انواعی دارد. بافت‌گرایی ریشه موج سوم رفتاردرمانی به اصطلاح بافت‌گرایی کارکردی^۱ است که هدفش پیش‌بینی و کنترل رویدادها با دقت و گستردگی و عمق است بافت‌گرایی کارکردی بر کارکرد رفتار تمرکز دارد نه شکل و فرم آن زیرا یک عمل واحد در بافت‌های متفاوت معنای متفاوت دارد. درمان‌های رفتاری موج سوم به‌ویژه به بافت و کارکردهای رویدادهای روان‌شناختی توجه دارند و نه صرفاً شکل و فرم آنها لذا از روش‌های تغییر بافتی و ناشی از تجربه علاوه بر راهبردهای مستقیم‌تر، رهنمودی و معلم‌مابانه استفاده می‌کنند. به‌علاوه این روش‌ها برخلاف رویکردهای سنتی که دنبال حذف مشکلات به‌دقت تعریف شده بودند، بیشتر به ایجاد خزانه رفتاری گسترده‌تر، منعطف‌تر در مراجعان هستند یعنی بیشتر به دنبال تغییر دادن بافت و کارکرد رفتارها هستند تا تغییر مستقیم افکار، رفتارها و احساسات. پس این روش بخ‌جای توجه صرف به نقش فرد و مسائل درونی او مثل عوامل زیستی و افکار منفی به بافتی که ارگانیزم در آن عمل می‌کند توجه دارند. ویژگی این درمان‌ها اینست که به‌جای تغییر دادن مستقیم رویدادهای درونی، کارکرد آن رویدادها را از طریق مداخلات مثل پذیرش و حضور ذهن تغییر می‌دهند.

حجم پایین نمونه و انتخاب آن از یک مکان خاص، نداشتن گروه دارونما (پلاسیبو) از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر است که تعمیم‌پذیری نتایج پژوهش را با مشکلاتی مواجه می‌کنند. بنابراین بهتر است نتایج با احتیاط تعمیم داده شود. اگرچه پژوهش‌های موردی

1- Functional contextualize

روشی خلاقانه برای بررسی اثربخشی درمان‌های جدید است، اما برای افزایش اعتبار بیرونی یافته‌ها و بررسی بیشتر اثربخشی درمان جدید پیشنهاد میشود که این درمان در چارچوب طرح‌های کارآزمایی بالینی کنترل شده، در مراکز درمانی مختلف و با حجم نمونه بیشتر مورد بررسی قرار گیرد. علاوه بر این پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده اثربخشی این درمان را با گروه‌های دارونما (پلاسیبو)، درمان شناخته شده شناختی رفتاری و یا سایر پروتکل‌های موجود مورد مطالعه قرار گیرد.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله:

۱۳۹۶/۱۱/۱۲

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله:

۱۳۹۷/۰۴/۰۴

تاریخ پذیرش مقاله:

۱۳۹۷/۰۵/۱۵



منابع

- ترخان؛ مرتضی (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان و معناداری زندگی زنان افسرده، مطالعات روانشناختی- دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه الزهراء، ۱۳(۳).
- صلواتی، مژگان (۱۳۸۱). بررسی نگرش مسولیت در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.
- شریفی، ونداد؛ اسعدی؛ سیدمحمد؛ محمدی، محمدرضا و همکاران (۱۳۸۳) پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی مصاحبه ساختار یافته تشخیصی برای SCDI بر اساس DSMIV. فصلنامه تازه‌های علوم شناختی، ۸-۲۲.
- رجیبی؛ ساجده و فریبا یزدخواستی (۱۳۹۳). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به ام اس، مجله روانشناسی بالینی، سال ششم، شماره ۱ (پیاپی ۲۱).
- علیلو، مجید؛ هاشمی، تورج و زهره هاشمی (۱۳۹۰). مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ۳(۶): ۸۹-۹۴.
- کاوایانی، حسین؛ حاتمی، ندا و عبدالله شفیق‌آبادی (۱۳۸۷). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر (6-02، کیفیت زندگی افراد افسرده (غیربالینی)، تازه‌های علوم شناختی، ۱۰(۴): ۳۹-۴۸.
- Barnhofer, T., Crane, C., Hargus, E., Amarasinghe, M., Winder, R., J. Williams, M., G. (2009). Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study, *Behavior research and therapy*, 47, 366-373.
- Beak, A.T., Steer, R.A., & Brown, G. k. (1996). Beck Depression Inventory for measuring depression, *Archives of General psychology*, 4,561-571.
- Beak, A.T. (1967). *Depression: clinical, experimental and theoretical aspects*, Harper and Row, New York.
- Beck, A.T, Epstein, N., Brown, G. Steer, R.A. (1988) an inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties, *Journal of consulting and clinical psychology*, 56, 893-897.
- Clarke S, Kingston J, James K, Bolderston H, Remington B. (2014) Acceptance and Commitment Therapy group for treatment-resistant participants: A randomized controlled trial, *Journal of Context Behave Science*: 3: 179-88.

- Chapman, D.P., & Perry, G.S. (2008). Peer Reviewed Depression as a Major Component of Public Health for Older Adults, *Preventing chronic disease*, 5(1).
- Fata, L. (2004). Structure of emotional states and cognitive process, *Journal of Iran Medical Science University*, 6: 385-396.
- First, M.B., spitzer, L., Gibbon, M, & williams, J.B.W. (1996). Structural clinical interview for DSM-IV-TR axis I disorder, clinical version, patient edition.(SCID_CV).Washington, DC: American psychiatric press.
- Forman, E.,M, Herbert, J.,D.(2009). New directions in cognitive behavior therapy: Acceptance-based therapies, In: General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy, 2nd ed. New Jersey: Wiley, 77-101.
- Gregg, J., Callaghan, G., & Hayes, S. (2007). Improving Diabetes Self-Management through Acceptance, Mindfulness, and Values: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* Copyright by the American Psychological Association, 5(2): 336-43.
- Hor, M., Aghaei, A., Abedi, A., & Attari (2015). A. The effectiveness of acceptance and commitment Therapy on the degree of depression in type 2 diabetic patients, *Journal of evidence- based care*: 5: 65-74.
- Kaltenthaler, E., Shackley, P., Steven, K., Beverly, C., Parry, G., & Chilcott, J. (2002). A systematic review and economic evaluation of computerized cognitive behavior therapy for depression and anxiety, Technical Report, Core Research, Alton.
- Kaplan, H., & Kaplan, S.B. (2007). Sadock's, *Synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry*, Trans: Pour Afkari N. Tehran: ShahreAb, 541-552.
- Kaviani H, Hatami N, Javaheri F. (2012). The impact of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on mental health in addition, quality of life in a sub-clinically depressed population, *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 1: 21-8.
- Levitt, J.T., Brown, T.A., Orsillo, S.M, & Barlow, D.H. (2004). The effects of acceptance versus suppression of emotion on subjective and psychophysiological response to carbon dioxide challenge in patients with panic disorder, *Behav Ther*; 35(4):747-66.

- Masuda, A., Hayes, S.C., Sackett, C.F., & Twohig, M.,P. (2004). Cognitive diffusion and self-relevant negative thoughts: Examining the impact of a ninety year old technique, *Behave Res Therapy*, 42(4):477-85.
- Movlavi, P., Michaeli, N., Rahimi, N., & saeed, M. (2014). *The effect of treatment based on acceptance and commitment on reducing anxiety and depression in students with social phobia*, Ardabil University of Medical Sciences: 5:12-23.
- Papageorgiou, C., & wells, A. (2003). An empirical Cost of a clinical metacognitive model of rumination and depression, *Cognitive and Research*, 267-273
- Papageorgiou, C. & wells, A. (2001). Metacognitive Beliefs about Rumination in Recurrent Major Depression.a
- Pourfaraj Omran M. (2011).The effectiveness of acceptance and commitment Group Therapy in social phobia of students, *Knowledge and Health*: 6(2): 1-5
- Roelofs, J., Papageorgiou, C., Gerbera, R., Huibersa, M., Peeters, F., Arntza, A. (2006). On the links between self-discrepancies,rumination,metacognition, and symptoms of depression in undergraduates, *Behavior Research and Therapy*, 45, 1295-1305.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G., Teasdale, J.D. (2007). Mindfulness-based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse, *Cognitive Behavioral Therapy Book Review*, 3,351.
- Spitzer, M. (2009). Thought suppression as a cognitive vulnerability factor for depression-an FMRI study, Heilbronn: Hanna Lo.
- Twohig, M.P (2009). The application of acceptance and commitment therapy to obsessive-compulsive disorder, *Cogn Behav Pract.*; 16(1):18-28.
- Tran, G., & smith, G.P. (2004).Behavioral assessment in the measurement of treatment outcome, In S.N. Haynes and E.M. Heiby (Eds).comprehensive *Hand book of psychological Assessment* (269-290), New York: Wiley.
- Vallis, M., Ruggiero, L., Greene, G., Jones, H., Zinman, B., Rossi, S., & et al. (2003). Stages of change for healthy eating in Diabetes: relation to demographic, eating-related, health care utilization, and psychosocial factors, *Diabetes Care*, 26(5): 1468-74.
- Wells, A. (2000) *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*, Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

- Wells, A. (2008). *Metacognitive therapy: A practical guide*, (Ch.9: Major depressive disorder) New York: Guilford press.
- Wells, A. & Matthews, G. (1996). Modeling cognition in emotional disorder: The S-REF model, *Behavior Research and Therapy*, 34, 881–888.
- Wells, A. & Papageorgiou, C. (2004). Metacognitive therapy for depressive rumination, In C. Papa Georgiou & A. Wells (Eds.), *Depressive rumination: Nature, theory, and treatment (259–273)*, Chi Chester, UK: Wiley.
- Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T., & Brewin, C.R. (2007). Metacognitive therapy in Recurrent and persistent Depression: A Multiple-Baseline Study of a New Treatment. *Springer Science & Business Media*, LLC.
- Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T., Brewin, C. (2012). Metacognitive therapy in treatment-resistant depression: A platform trial, *Behavior research and therapy*, 50, 367-373.
- Zettle, R. (2003). Acceptance and commitment therapy vs systematic desensitization in treatment of mathematics anxiety, *The Psychological Record*, 53(2): 197-215.

