

بررسی کارایی و اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر هشیاری فراگیر (MBCT) در درمان
و جلوگیری از عود و بازگشت افسرده خوئی

Examination of Efficacy and Effectiveness of Mindfulness - Based
Cognitive Therapy in Treatment and Prevention of Relapse and
Recurrence of Dysthymia

Hassan Hamidpour

حسن حمیدپورا

چکیده:

Abstract

The main aim of this study is to examine the efficacy and effectiveness of Mindfulness-Based on the Cognitive Therapy (MBCT) on the treatment and preventing to relapse of dysthymia. According to the Multiple Baseline Experimental Single Case Procedure, 2 female dysthymic patients took part in the study. A battery of questionnaires including Beck Depression Inventory (BDI), Depression Anxiety Stress Scale (DASS), Dysfunctional Attitude Scale (DAS), Automatic Thought Questionnaire (ATQ), Thought Control Questionnaire (TCQ) and Self-Esteem Inventory (SEI) were completed by subjects in pre and post treatment. BDI also were completed in sessions 1, 4, and follow up (five month after treatment). The results indicated that MBCT have efficacy and effectiveness on treatment and preventing relapse of the dysthymia.

Keyword:

MBCT, Dysthymia, Relapse, Recurrence

افسرده‌خوئی سطح سازگاری پایین‌تر، پیش آگهی ضعیف‌تر، علائم ملانکولیک و صفات شخصیتی افسرده‌ساز بیشتری دارند (کلارک^۲، بک^۴ و آلفورد^۵، ۱۹۹۹). مشکلات خانوادگی و شغلی این افراد بیشتر است و در روابط بین فردی، مشکلات شدیدتری دارند (کلاین^۶، نوردن^۷، فرو^۸، لیدر^۹، کاش^{۱۰}، کلاین^{۱۱}، اسکوارتز^{۱۲}، آرنسون^{۱۳}، ۱۹۹۸). خلق افسرده در اختلال افسرده‌خوئی، بر خلاف افسردگی اساسی، زیاد تغییر نمی‌کند و گاهی اوقات ۲۰ تا ۳۰ سال و یا حتی بیشتر طول می‌کشد. متوسط زمان طول کشیدن این اختلال در بزرگسالان، تقریباً ۵ سال است (بارلو^{۱۴} و دوراند^{۱۵}،

هدف پژوهش حاضر بررسی کارایی و اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر هشیاری فراگیر (MBCT) در درمان و جلوگیری از عود و بازگشت اختلال افسرده‌خوئی است. بدین منظور دو آزمودنی (هر دو زن) به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و تحت درمان قرار گرفتند. در مطالعه حاضر از طرح تجربی تک موردی و از نوع خط پایه چندگانه استفاده شد. آزمودنیها در مرحله‌ی پیش از درمان (خط پایه) و جلسه آخر درمان (جلسه هشتم)، مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس (DASS)، پرسشنامه‌ی افکار خودآیند (ATQ)، پرسشنامه‌ی کنترل افکار (TCQ)، مقیاس نگرشهای ناکارآمد (DAS) و آزمون عزت نفس (SEI) را تکمیل کردند. علاوه بر این، پرسشنامه افسردگی بک (BDI) در جلسات اول، چهارم و هشتم درمان نیز به آزمودنی‌ها داده شد. در مرحله پیگیری نیز هر ماه (به مدت ۱۰ ماه)، پرسشنامه افسردگی بک (BDI) توسط آزمودنی‌ها تکمیل شد. نتایج این پژوهش نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر هشیاری فراگیر (MBCT) در درمان و جلوگیری از عود و بازگشت افسرده‌خوئی موثر بوده است.

کلید واژه‌ها:

شناخت درمانی، درمان افسرده‌خوئی، هشیاری فراگیر

فصلنامه پژوهش در
سلامت روانشناختی

دوره اول
شماره اول
تابستان ۱۳۸۶



مقدمه

افسرده‌خوئی^۲، اختلال خلقی مزمنی است که در مفاهیم روانشناسی اروپایی به شخصیت افسرده نزدیک می‌شود. اگر چه شیوع این اختلال در مقایسه با افسردگی اساسی، کمتر است؛ با این حال، ۲۵ تا ۴۰ درصد از مراجعه‌کنندگان به کلینیک‌های روانپزشکی، حالت‌هایی از افسرده‌خوئی را نشان می‌دهند. در مقایسه با افسردگی اساسی، مبتلایان به

3 - Clark
4 - Beck
5 - Alford
6 - Klien
7 - Nordon
8 - Ferro
9 - Leader
10 - Kasch
11 - Klien
12 - Schwartz
13 - Aronson
14 - Barlow
15 - Durand

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی (email: hamidpor2007@yahoo.com)

تیزدیل را در قالب یک طرح پژوهشی بر روی ۶ آزمودنی مبتلا به افسرده‌خویی، با شناخت درمانی بک، مورد مقایسه قرار دادند. نتایج این پژوهش نشان داد که میزان بهبودی در مراجعانی که با شناخت درمانی تیزدیل تحت درمان قرار گرفته بودند، ۸۹/۳۳ درصد بوده است و از این لحاظ بر شناخت درمانی بک برتری نسبی داشت. همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که افسردگی، اضطراب و استرس افراد مبتلا به افسرده‌خویی به میزان قابل ملاحظه‌ای کاهش یافته است به طوری که این کاهش از نظر بالینی، معنادار بوده است. از سوی دیگر، شناخت درمانی تیزدیل باعث کاهش نگرش‌های ناکارآمد مبتلایان به افسرده‌خویی گردید. پیگیری دو ماهه نشان داد اثرات مثبت درمان تداوم داشته‌اند. کاپانی، جواهری و بحیرایی (۱۳۸۴) روش MBCT را بر روی ۶۵ نفر از دانشجویان دختر ساکن خوابگاه دانشگاه اصفهان در قالب دو گروه گواه و آزمایشی بکار بردند. نتایج این پژوهش نشان داد که روش MBCT در کاهش افسردگی، اضطراب، نگرش ناکارآمد و افکار خودآیند منفی موثر است.

فنل^{۱۴} و تیزدیل (۱۹۸۲) شناخت درمانی را به مدت ۳۰ جلسه بر روی ۵ بیمار مبتلا به افسرده‌خویی اجرا کردند و تنها یک نفر از آنها در پایان درمان به بهبودی دست یافت (۲۰ درصد بهبودی). استراوینسکی^{۱۵} و همکارانش (۱۹۹۱)، ۱۵ جلسه شناخت درمانی را بر روی ۶ بیمار به کار گرفتند که نتایج مرحله پیگیری نشان داد ۴ نفر از آنها به بهبودی کامل دست یافتند (۶۶ درصد بهبودی). هارپین^{۱۶} و همکارانش (۱۹۸۲)؛ به نقل از اسکات^{۱۷}، (۱۹۹۸)، ۱۲ بیمار مبتلا به افسرده‌خویی را در ۲۰ جلسه (۱۰ هفته) تحت شناخت درمانی قرار دادند و در پایان مشخص شد که تنها ۴ نفر از آنها به بهبودی دست یافتند (۳۳ درصد بهبودی).

شناخت درمانی کلاسیک برای مبتلایان به افسرده‌خویی و افسردگی‌های مزمن، اثرات مثبت اندکی به همراه دارد و برای به کارگیری چنین روشی باید طول مدت جلسات درمان به ۳ جلسه ۲۰ دقیقه‌ای در هر هفته و تا ۳۰ جلسه ادامه یابد. علاوه بر این خانواده فرد مبتلا نیز باید در فرآیند درمان درگیر شود (اسکات، ۱۹۹۸).

در مجموع نتایج نشان می‌دهد که بکارگیری شناخت درمانی کلاسیک در درمان افسرده‌خویی با موفقیت چندانی همراه نبوده است. بنابراین، هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی

(۲۰۰۰). اختلال افسرده‌خویی، اختلالی مقاوم به درمان محسوب می‌شود و ۴۰ درصد از مبتلایان به این اختلال به دارو درمانی جواب نمی‌دهند (گوتلیب^۱ و اسکریدلی^۲، ۲۰۰۰). اگرچه آکسکال^۳ و همکاران (۱۹۸۰) اختلال افسرده‌خویی را مقاوم به درمان تلقی کرده‌اند، اما واتکینز و ویلیامز^۴ (۱۹۹۷) اظهار امیدواری کرده‌اند که متخصصان بالینی بتوانند با استفاده از دیدگاه‌های جدید در خصوص افسردگی مانند نظریه‌ی زیرسیستم‌های شناختی متعامل (ICS)^۵، برای درمان افسردگی‌های مزمن، راهکارهای مؤثری پیدا کنند. تیزدیل^۶ (۱۹۹۷) با استفاده از استعاره‌ی "ذهنیت حاکم"^۷ که از روبرت اورنستاین^۸ به عاریت گرفته، معتقد است که انسانها، یک ذهن واحد ندارند، بلکه چندین ذهن دارند که هر کدام از آنها ممکن است برای لحظه‌ای فعال شوند و در جایگاه پردازش اطلاعات قرار گیرند. در صورت چنین رخدادی، اطلاعات آن ذهن در سیستم پردازش اطلاعات بازنمایی شده و در نتیجه، خلق، رفتار و شناخت فرد از اطلاعات موجود در آن ذهن تأثیر می‌پذیرد. در اختلالات خلقی، فرد به یکی از این ذهن‌ها (ذهن افسرده‌ساز) می‌چسبد. تعامل بین شناخت و هیجان، نقش اصلی را در چنین ذهنی بازی می‌کند. علاوه بر این، هدف درمان‌های شناختی - رفتاری، این است که به مراجعان کمک کنند از گیرافتادن در ذهن‌های افسرده‌ساز جلوگیری کنند.

بر اساس این دیدگاه، در ایجاد هیجان، تنها فرآیندهای شناختی نقش اصلی را به عهده ندارند، بلکه اطلاعاتی که از وضعیت بدنی در سیستم پردازش اطلاعات وارد می‌شود، نیز از اهمیت فوق‌العاده‌ای در تداوم ذهن افسرده‌ساز برخوردارند. در واقع، آماج^۹ اصلی درمان در ICS، بیشتر حلقه حسی^{۱۰} است تا حلقه شناختی^{۱۱} (تیزدیل و بارنارد، ۱۹۹۳، تیزدیل، ۱۹۹۷؛ تیزدیل، تایلر و کوپر، ۱۹۹۵؛ تیزدیل، ۱۹۹۹). سگال^{۱۲}، ویلیامز و تیزدیل (۲۰۰۲) شناخت درمانی مبتنی بر هشپاری فراگیر (MBCT)^{۱۳} را برای درمان افسردگی ارائه دادند که در طی هشت جلسه انجام می‌شود.

حمیدپور، صاحبی و طباطبایی (۱۳۸۴) شناخت درمانی

- 1 - Gotlib
- 2 - Schreadly
- 3 - Akiskal
- 4 - Williams
- 5 - Interactive Cognitive Subsystem (ICS)
- 6 - Teasdale
- 7 - mind - in - place
- 8 - Robert Ornestien
- 9 - target
- 10 - sensory loop
- 11 - cognitive loop
- 12 - Segal
- 13 - Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)

14 - Fenell
15 - Stravinski
16 - Harpin
17 - Scott



با استفاده از روش «نمونه‌گیری هدفمند» (گال^۶، بورگ^۷ و گال^۸، ۱۳۸۴)، از بین دانشجویانی که به این مرکز مراجعه می‌کردند، دو نفر که مبتلا به افسرده‌خویی بودند انتخاب شده و مصاحبه‌ی تشخیصی جهت انتخاب نمونه واجد شرایط انجام شد. به منظور برطرف نمودن نقص‌های پژوهش قبلی، همبودی زیاد اختلال افسرده‌خویی با اختلالات شخصیت، (حمیدپور و همکاران، ۱۳۸۴)، پرسشنامه بالینی چند محوری میلون - II برای رد کردن وجود اختلال شخصیت بر روی این افراد اجرا شد. علاوه بر این، آزمودنی‌ها به روانپزشک ارجاع داده شدند و تشخیص افسرده‌خویی از طرف روانپزشک نیز تأیید گردید. سپس هر کدام از آنها به مدت ۸ جلسه و بطور هفتگی تحت درمان MBCT قرار گرفتند. اگرچه دستورالعمل اصلی MBCT به صورت گروهی اجرا می‌شود، اما می‌توان آن را در قالب درمان انفرادی نیز به کار گرفت. ماسون^۹ و هارگریوز^{۱۰} (۲۰۰۱)، واتکینز^{۱۱} و همکاران (زیر چاپ)، MBCT را به صورت درمان فردی به کار گرفته‌اند. لازم به ذکر است که پژوهش ماسون و هارگریوز (۲۰۰۱) بر روی چهار آزمودنی انجام شده است. در جدول شماره یک ویژگی‌های جمعیت شناختی مراجعین نشان داده شده است.

ابزار پژوهش

۱- پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II) این آزمون یکی از مقیاس‌های متداول خودسنجی افسردگی است و بوسیله بک در سال ۱۹۶۷ ساخته شده است. این پرسشنامه از زمان تدوین تاکنون مورد ارزیابی روان‌سنجی گسترده‌ای قرار گرفته است. نتایج فرتحلیل نشان داد که ضریب همسانی درونی آن از ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ بوده است (مارنات^{۱۲}، ۱۹۹۰).

در پژوهش قاسم زاده، مجتبیایی، کرم‌مقدیری و ابراهیم‌خانی (۲۰۰۵)، ثبات درونی این آزمون $\alpha = 0/87$ و پایایی آزمون بازآزمون آن $r = 0/73$ بدست آمد.

۲- پرسشنامه افکار خودآیند^{۱۳} (ATQ)

این پرسشنامه، ۳۰ سؤال دارد که به منظور ارزیابی شناخت واره‌های افسردگی‌زا در سطح افکار خودآیند طراحی شده است. هر کدام از سؤالات بر حسب میزان فراوانی و میزان

کارایی^۱ و اثربخشی^۲ MBCT در درمان و جلوگیری از عود و بازگشت اختلال افسرده‌خویی است.

فرضیه‌های پژوهش حاضر عبارتند از:

۱- MBCT باعث کاهش نگرشهای ناکارآمد مبتلایان به افسرده‌خویی می‌شود.

۲- MBCT باعث کاهش افسردگی مبتلایان به افسرده‌خویی می‌شود.

۳- MBCT باعث کاهش اضطراب مبتلایان به افسرده‌خویی می‌شود.

۴- MBCT باعث کاهش استرس مبتلایان به افسرده‌خویی می‌شود.

۵- MBCT باعث کاهش عود افسرده‌خویی می‌شود.

۶- MBCT باعث کاهش بازگشت افسرده‌خویی می‌شود.

علاوه بر این، پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به سؤالات زیر است:

۱- آیا MBCT می‌تواند باعث تغییر در شیوه‌های کنترل فکر مبتلایان به افسرده‌خویی شود؟

۲- آیا MBCT می‌تواند باعث افزایش عزت نفس مبتلایان به افسرده‌خویی شود؟

۳- آیا MBCT می‌تواند باعث کاهش فراوانی افکار خودآیند مبتلایان به افسرده‌خویی شود؟

۴- آیا MBCT می‌تواند باعث کاهش اعتقاد به افکار خودآیند مبتلایان به افسرده‌خویی شود؟

پژوهش حاضر در راستای اصل تکرارپذیری، (کاربرد مجدد روش MBCT بر روی افراد مبتلا به افسرده‌خویی) به دنبال آزمون فرضیه‌هایی است که با تأیید مکرر و در شرایط مختلف، می‌تواند پشتیبان تجربه‌ی یک نظریه را فراهم نمایند.

روش

در این پژوهش از طرح تجربی تک‌موردی^۳ استفاده شد که ریشه در سنت‌های رفتارگرایی دارد. از بین طرح‌های تجربی تک‌موردی در پژوهش حاضر از طرح تجربی «خط‌پایه چندگانه» استفاده شد تا بهتر بتوان تغییرات مراجعین را در آماج‌های درمانی مختلف ارزیابی کرد (هیز^۴، ۱۹۹۸).

جامعه آماری، حجم نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری پژوهش حاضر را مراجعه‌کنندگان به مرکز مشاوره دانشگاه ولی عصر (عج) رفسنجان تشکیل می‌دادند.

5 - Purposful Sampling

6 - Gall

7 - Borg

8 - Gall

9 - Mason

10 - Hargreaves

11 - Watkins

12 - Marnat

13 - Automatic Thought Questionnaire (ATQ)

1- efficacy

2- effectiveness

3 - single case

4 - Hayes

رابطه آن با آسیب پذیری هیجانی ساخته شده است. از پنج خرده مقیاس توجه برگردانی^۹، کنترل اجتماعی^{۱۰}، نگرانی^{۱۱}، تنبیه^{۱۲} و ارزیابی مجدد^{۱۳} تشکیل شده است. این پرسشنامه در پژوهشهای گوناگون استفاده شده است و از روایی و پایایی خوبی برخوردار است. (برای مثال نگاه کنید به امیر^{۱۴}، کاشمن^{۱۵} و فوآ^{۱۶}، ولز و دیویس، ۱۹۹۴، ۱۹۹۸).

نتایج پژوهش حسن شاهی (۱۳۸۲) نشان داد ضریب آلفای کرونباخ برای این ابزار ۰/۸۴ و ضریب دینیمه سازی ۰/۷۱ است.

جدول ۱ - ویژگی‌های جمعیت شناختی مراجعین

سن	حسب	ویژگی مراجع	اقدامات درمانی قبلی	وضعیت ناهل	مدت زمان بیماری	میزان تحصیلات	حسب
۲۳	مؤنث	تداخت	طلاق گرفته	۱ سال	دانشجوی مقطع کارشناسی	مؤنث	
۲۲	مؤنث	دارو درمانی و روان درمانی	مجرد	۳ سال	دانشجوی مقطع کارشناسی	مؤنث	

— مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس^{۱۷} (DASS)

این مقیاس توسط لویباند^{۱۸} و لویباند (۱۹۹۵) ساخته شده و پژوهشهای فراوانی برای دستیابی به پایایی و روایی این مقیاس صورت گرفته است. همبستگی میان این مقیاس با BDI و پرسشنامه اضطراب بک بسیار بالاست. ضریب آلفا برای این مقیاس در یک نمونه ۷۱۷ نفری به شرح زیر بدست آمده است: افسردگی ۰/۸۱، اضطراب ۰/۷۳ و استرس ۰/۸۱ (لویباند و لویباند، ۱۹۹۵). ضریب آلفا برای این مقیاس در یک نمونه جمعیت عمومی در شهر (برای افسردگی ۰/۷۰، اضطراب ۰/۶۶ و استرس ۰/۷۶ گزارش شده است. همچنین برای محاسبه روایی از روش ملاکی استفاده شد بدین صورت که ضریب همبستگی پرسشنامه BDI، مقیاس استرس ادراک شده و مقیاس اضطراب زونک با خرده مقیاسهای آزمون مذکور به ترتیب برای افسردگی ۰/۷۰، استرس ۰/۴۹ و اضطراب ۰/۶۷ بدست آمده است (صاحبی، اصغری و سالاری، ۱۳۸۴).

— آزمون عزت نفس^{۱۹} (SEI)

این آزمون از ۳۰ سؤال تشکیل شده است که به صورت بلی، خیر و یا نمی دانم (؟) جواب داده می شود. آیزنگ از این آزمون به عنوان ابزاری ساده برای ارزیابی میزان ثبات هیجانی افراد

اعتقاد به افکار از ۱ تا ۵ توسط مراجع درجه بندی می شوند. کندال^۱ و هولون^۲ (۱۹۸۰) به نقل از سگال، ویلیامز و تیزدیل، این پرسشنامه را برای ارزیابی سریع میزان تغییر در خودگویی های مراجعان افسرده تدوین کردند. سهولت در اجرا و نمره گذاری این آزمون باعث کاربرد فراوان آن از سوی متخصصین حوزه شناخت درمانی شده است.

ویژگی های روان سنجی این پرسشنامه در ایران توسط قاسم زاده، مجتبیایی، کرمقدیری و ابراهیم خانی (۲۰۰۶) بدست آمده است. نتایج این پژوهش نشان داد که ثبات درونی این پرسشنامه $\alpha = 0/96$ ، پایایی آزمون باز آزمون آن $r = 0/84$ و ضریب همبستگی آن با BDI، ۰/۷۷ بود.

— مقیاس نگرشهای ناکارآمد^۳ (DAS)

این مقیاس توسط بک و وایسمن^۴ در سال ۱۹۷۸ تهیه شده است که ۴۰ سؤال دارد و از آزمودنی خواسته می شود میزان موافقت خود را با این سؤالات بر روی یک مقیاس هفت نقطه ای درجه بندی کند. پژوهشها نشان داده است که همسانی درونی آن ۰/۹۰ و ثبات آن $r = 0/73$ می باشد (ریپر^۵، ۱۹۹۰). بک و وایسمن (۱۹۷۸)؛ به نقل از کاپلان و ساکازو، (۲۰۰۱) این مقیاس را برای ارزیابی طرح واره های افراد مبتلا به افسردگی ساختند. در پژوهشی با استفاده از روش باز آزمایی در یک گروه ۳۰ نفری، پایایی ۰/۷۲ برای این مقیاس در ایران بدست آمده است (یزدان دوست، رضوان طلب و پیروی، ۱۳۸۰).

— پرسشنامه بالینی چند محوری میلون^۲ (MCMI-II)

این پرسشنامه شامل ۲۲ مقیاس است که به سه گروه مقیاسهای شخصیت، الگوهای بیمارگون شخصیت و نشانگان بالینی تقسیم شده اند. پرسشنامه بالینی چند محوری میلون در ایران بر روی یک نمونه ۲۰۰ نفری بیمار و ۷۳ نفر از افراد بهنجار هنجاریایی شده است. با وجود اینکه این پرسشنامه اختلالات محور II را کمتر از اختلالات محور I در جامعه ایران تشخیص می دهد، با این حال، ضرایب پایایی مقیاسها، اعتباریابی و کارایی خطوط برش مقیاسها تا حدودی رضایتبخش است (خواجه موگهی؛ براهنی و مهرابی، ۱۳۷۲).

— پرسشنامه کنترل افکار^۶ (TCQ)

این پرسشنامه توسط ولز^۷ و دیویس^۸ (۱۹۹۴) برای ارزیابی تفاوت های فردی در استفاده از راهبردهای مختلف کنترل فکر و

9 - distraction
10 - control social
11 - worry
12 - punishment
13 - re-appraisal
14 - Amir
15 - Cashman
16 - Foa
17 - Depression Anxiety Stress Scale (DASS)
18 - Lovi bond
19 - Self-Esteem Inventory (SEI)

1 - Kendall
2 - Hollon
3 - Dysfunctional Attitude Scale (DAS)
4 - Wiesman
5 - Ripper
6 - Thought Control Questionnaire (TCQ)
7 - Wells
8 - Davis



استفاده می‌کرده است (بیابانگرد، ۱۳۷۶).

روش درمان

برای اجرای روش درمان از کتاب «شناخت درمانی مبتنی بر هشیاری فراگیر» که سگال، ویلیامز و تیزدیل (۲۰۰۲) نوشته‌اند، استفاده شد. در این کتاب، روند هشت جلسه‌ای MBCT بطور مفصل و جلسه به جلسه شرح داده شده است. بطور کلی هدف اصلی MBCT این است که فرد را به این بینش برساند که فکر، فکر است و در هر لحظه از افکار خودش آگاه باشد، زیرا اعتقاد نویسندگان بر این است که ذهن افراد افسرده، ذهنی سرگردان است و مهار خلق را به عهده دارد. در طی درمان به افراد افسرده آموزش داده می‌شود تا از علائم خطر (علائمی که نشان می‌دهد که ذهنیت حاکم در جایگاه اصلی پردازش اطلاعات قرار گرفته است) آگاهی یابند و با استفاده از تکنیکهای مختلف بتوانند از درگیر شدن و چسبیدن به این ذهن افسرده ساز رهایی یابند.

در جلسه اول، ماهیت افسردگی و چگونگی تداوم و ایجاد آن به بیمار شرح داده شد و تأکید شد که هدف درمان، عوض کردن عاداتهای قدیمی ذهن و یادگیری شیوه‌های جدید عاداتهای ذهنی است. تکنیک‌وارسی بدن^۱ نیز به بیمار آموزش داده شد.

هدف جلسه دوم، بحث در خصوص مشکلات احتمالی بیمار در اجرای تکنیکهای درمانی است. علاوه بر این، تمرین نفس کشیدن با هشیاری فراگیر^۲ و تمرین افکار و احساسات به بیمار گفته شد و نیز مراقبه متعالی در وضعیت نشسته به مدت ۱۵ دقیقه اجرا شد. همچنین به بیمار آموزش داده شد که از تکنیک «تقویم وقایع خوشایند»^۳ در طول هفته استفاده نماید.

در جلسه سوم، علاوه بر اجرای تکنیکهای جلسات قبل، تمرین دیدن و شنیدن به مدت ۱۵ دقیقه انجام شد و تکنیک راه رفتن با هشیاری فراگیر^۴ نیز به بیمار آموزش داده شد.

در جلسه چهارم به افکار خودآیند و نقش آنها در ایجاد و تداوم در افسردگی اشاره گردید و تمرین سه دقیقه تنفس دیافراگمی به صورت منظم (سه بار در روز) و به صورت مقابله‌ای (هر زمان که واقعه‌ای ناخوشایندی تجربه شد) به صورت عملی اجرا شد.

در جلسه پنجم، تمام تکنیکهای جلسات قبلی مرور شد. علاوه بر این، هدف جلسه‌ی پنجم این است که به بیمار

آموزش داده شود تا زمانی که حالت خلقی منفی وی کاهش نیافته است برای دستیابی به خلقی شاد تلاش نکند، زیرا این کار باعث تداوم افسردگی می‌شود. پس بنابراین هدف اول درمان، کاهش احساسات منفی است. سگال و همکارانش (۲۰۰۲) معتقدند تا زمانی که حالت خلقی منفی بیمار کاهش نیافته است، هرگونه تلاشی برای دستیابی به حالت خلقی شادی، باعث تداوم افسردگی می‌شود.

هدف جلسه ششم، آگاهی لحظه به لحظه از افکار و نقش آن در تغییر حالت خلقی است. بدین منظور به مراجع یاد داده شد که در طی سه مرحله‌ی آگاهی، بازجهت دهی توجه و گسترش فراخنای توجه، از سرگردان شدن ذهن جلوگیری کند. هدف جلسه هفتم، این است که بیمار به بینشی دست یابد مبنی بر اینکه فکر، حقیقت ندارد. یعنی این که بیمار درک کند که فکر مساوی با عمل نیست بلکه باید هر فکر را ابتدا ارزیابی کنیم و سپس طبق آن عمل نماییم. به عنوان مثال اگر به ذهن فرد افسرده این فکر خطور کرد که «من نالایق و بی‌کفایتم»، نباید این فکر را که یک واقعیت بدون چون و چرا در نظر بگیرد، بلکه بهتر است آن را با شواهد عینی تطبیق بدهد. به عبارتی، هدف دستیابی بیمار به بینش فراشناختی است. اکثر تکنیک‌های جلسات قبل در این جلسه تکرار می‌گردد. چالش با افکار خودآیند نیز در قالب طرح سؤال به بیمار یاد داده شد. علاوه بر این به بیمار تکلیفی داده شد، مبنی بر اینکه در طول روز اوقاتی را فقط برای خودش در نظر بگیرد و به کارهای مورد علاقه خود بپردازد.

هدف جلسه هشتم، آموزش راهکارهای مقابله‌ای موثر برای جلوگیری از عود افسردگی پس از پایان درمان است. هدف مهم جلسه هشتم این است که بیماران بتوانند خودشان را برای مقابله موثر با وقایع ناخوشایند محیطی، بدون کمک درمانگر، آماده کنند. به همین دلیل تکنیکهای قبلی در این جلسه به گونه‌ای تمرین می‌شود که به عنوان یک کار متداول روزانه از سوی بیمار به کار گرفته شود. در هر جلسه بروشورهای^۵ مربوطه نیز ترجمه و تایپ شده در اختیار مراجعان قرار می‌گرفت. علاوه بر این، محتوای جلسات درمان از سوی آزمودنی‌ها ضبط می‌شد و یکی از تکالیف خانگی آنها این بود که به نوار جلسات درمان گوش دهند.

روش اجرای پژوهش

برای اجرای این پژوهش، دو نفر از مراجعه‌کنندگان به مرکز مشاوره‌ی دانشگاه ولی عصر (عج) رفسنجان که طبق

- 1 - wandering mind
- 2 - body scan
- 3 - mind fullness of the breath
- 4 - pleasant events calendar
- 5 - mindful walking

می شود و نتیجه حاصله در عدد ۱۰۰ ضرب می گردد:

$$\text{نمره پس آزمون - نمره پیش آزمون} \times 100 = \text{درصد بهبودی}$$

$$\text{نمره پیش آزمون}$$

نتایج

برای مقایسه بهتر و دستیابی سریعتر به نتیجه گیری نمرات BDI، ATQ، TCQ، DAS و SET در جدول شماره ۳ و نمرات BDI در جدول شماره ۲ و نمودار شماره ۱ ارائه شده اند:

جدول ۲- نمرات افسردگی آزمون از فضا پایه تا ۱۰ ماه بعد از درمان (پیگیری).

آزمودنی ب	آزمودنی الف	آزمون / آزمودنی
۳۳	۲۹	BDI خط پایه
۳۲	۲۸	BDI جلسه اول
۱۴	۱۸	BDI جلسه چهارم
۸	۷	BDI جلسه هشتم
٪۷۲	٪۷۹	میزان بهبودی
۶	۸	نمره BDI در ماه اول پیگیری
۸	۹	نمره BDI در ماه سوم پیگیری
۷	۷	نمره BDI در ماه چهارم پیگیری
۶	۸	نمره BDI در ماه پنجم پیگیری
۹	۵	نمره BDI در ماه ششم پیگیری
۸	۷	نمره BDI در ماه هفتم پیگیری
۷	۸	نمره BDI در ماه هشتم پیگیری
۸	۶	نمره BDI در ماه نهم پیگیری
۸	۷	نمره BDI در ماه دهم پیگیری

در ارتباط با نمرات افسردگی، یافته های پژوهش نشان می دهد که آزمودنی ب در مرحله خط پایه با کسب نمره ۳۳ در BDI، افسردگی شدیدی را تجربه می کرده است که بتدریج در فرآیند درمان از میزان افسردگی کم شده به گونه ای که در جلسه آخر درمان (جلسه هشتم)، با کسب نمره ۷ به بهبودی کامل دست یافته است (میزان بهبودی ٪۷۹ بوده است) و به همین ترتیب

راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (چاپ چهارم)، تشخیص افسرده خویی گرفتند، انتخاب شدند. میانگین مدت زمان ابتلا به افسردگی در آنها ۳/۵ سال بود. برای کنترل متغیرهای مداخله گر نکات زیر در مورد آزمودنیها رعایت شد:

۱- رد کردن هر گونه شرایط جسمانی و زیستی تأثیرگذار در اختلال (برای دستیابی به این هدف هر دو مراجع به متخصص غدد و داخلی مراجعه کردند و نتایج آزمایشهای طبی نشان داد که مشکل جسمی و زیستی تأثیرگذار در حالت خلقی وجود ندارد).

۲- عدم ابتلا به اختلالات محور II (برای دستیابی به این هدف، هر دو مراجع به روانپزشک ارجاع داده شدند و تشخیص افسرده خویی گرفتند). علاوه بر این، پژوهشگر، MCMII-II را نیز بر روی آنها اجرا کرد و نتایج نشان داد که اختلال شخصیت در مراجعان وجود ندارد و تنها در مقیاس D نمره بالایی کسب کردند.

پس از تشخیص، مراجع الف وارد طرح درمان گردید و در مرحله خط پایه آزمونها BDI، DASS، ATQ، TCQ و SET توسط وی تکمیل گردید. دو هفته بعد از آن، یعنی در جلسه دوم درمان مراجع الف، مراجع ب وارد طرح درمان شد و آزمونها مذکور توسط وی تکمیل شد. علاوه بر این در جلسات اول، چهارم و هشتم درمان، BDI بر روی آزمودنیها اجرا شد. در جلسه آخر درمان (جلسه هشتم) آزمونهای مرحله خط پایه، دو باره توسط آزمودنیها تکمیل شدند. پیگیری ۱۰ ماه طول کشید و هر ماه، BDI توسط آزمودنیها تکمیل می شد.

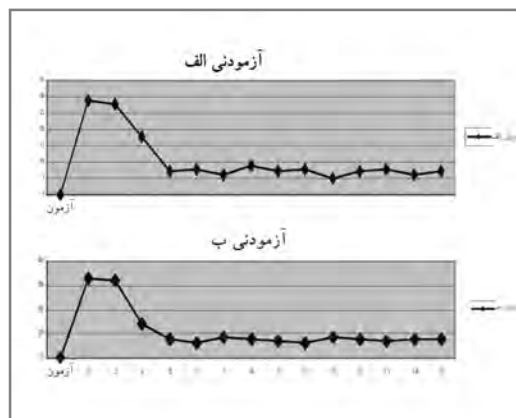
روش تجزیه و تحلیل داده ها

در طرح های تک موردی برای تجزیه و تحلیل داده ها از تحلیل های نموداری و ترسیمی استفاده می شود و بر اساس صعود و نزول متغیر وابسته، قضاوت صورت می گیرد (بارلو و هرسن^۱، ۱۹۷۶). در پژوهش حاضر از معنی داری بالینی (کازدین^۲، ۱۹۹۲) نیز برای تحلیل داده ها استفاده شد. برای عینی سازی میزان بهبودی در آماج های درمانی، از فرمول درصد بهبودی استفاده شد (به نقل از اوگلز^۳، لونر^۴ و بونستیل^۵، ۲۰۰۱). در این فرمول، نمره پیش آزمون فرد از نمره پس از آزمون کم شده و حاصل آن بر نمره پیش آزمون تقسیم

1 - Hersen
2 - Kazdin
3 - Ogels
4 - Loner
5 - Bonesteel



نمودار ۱- مقایسه نمرات BDI از مرحله‌ی فط پایه تا ۱۰ ماه پس از پایان درمان (پیگیری)



به چالش مستقیم بپردازد، آنها را تغییر می دهد. بنابراین فرضیه سوم و چهارم پژوهش نیز تأیید می شوند.

نمودار شماره ۱ حاکی از آن است که افسردگی آزمودنی ها بعد از پایان درمان نیز از حد طبیعی (نقطه برش ۹) تجاوز نکرده است و در طی درمان نیز روند رو به کاهش نمرات افسردگی ادامه داشته است. این مطلب نشان دهنده‌ی تأیید فرضیه‌های پنجم و ششم این پژوهش است. به عبارتی می توان گفت MBCT می تواند باعث کاهش عود و بازگشت افسرده خوبی شود.

نمرات جدول شماره ۳ نشان می دهد که در خرده مقیاسهای TCQ تغییرات قابل ملاحظه‌ای رخ داده است و نمرات آزمودنی الف، بجز خرده مقیاس تنبیه (P)، در بقیه خرده

جدول ۳- نمرات آزمودنیها در مقیاس نگرشهای ناکارآمد، مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس، پرسش نامه کنترل افکار، پرسش نامه افکار فویدآیند و پرسش نامه عزت نفس

آزمون ها	مقیاس نگرش های ناکارآمد	مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس		پرسش نامه کنترل افکار					پرسش نامه افکار خودآیند		پرسش نامه عزت نفس
		اضطراب	استرس	توجه برگردانی	تنبیه مجدد	نگرانی اجتماعی	کنترل افکار	اعتقاد به افکار	فراوانی افکار		
آزمودنی الف	قبل از درمان ۲۰۰ بعد از درمان ۹۲	۱۵	۱۹	۱۱	۹	۱۷	۱۳	۸	۶۵	۱۰۱	۱۲/۵
میزان بهبودی	۵۴٪	۸۰٪	۶۳٪	-	-	-	-	-	-	۶۳٪	-
آزمودنی ب	قبل از درمان ۱۵۴ بعد از درمان ۵۲	۲۳	۳۲	۹	۱۰	۱۴	۱۱	۱۷	۱۴۴	۱۳۴	۸
میزان بهبودی	۶۶٪	۸۷٪	۸۸٪	-	-	-	-	-	-	۶۹٪	-

آزمودنی الف، کاهش نمره‌ای در حد ۲۲ داشته است که درصد بهبودی ۷۲٪ را نشان می دهد، بنابراین شاید بتوان این گونه نتیجه گیری کرد که فرضیه اول پژوهش تا حدودی تأیید شده است. نمرات استرس و اضطراب آزمودنی ها که توسط DASS سنجیده شده است، نیز حاکی از درصد بهبودی آزمودنی ب در اضطراب و استرس به ترتیب ۸۷٪ و ۸۸٪ بوده است و همچنین آزمودنی الف، درصد بهبودی معادل ۸۰٪ و ۶۳٪ داشته است. این نتیجه، نشان می دهد که فرضیه‌های دوم و سوم این پژوهش نیز تأیید می شوند. نمرات DAS نیز کاهش قابل ملاحظه‌ای یافته اند به نوعی که آزمودنی الف با کسب نمره ۲۰۰ در مرحله خط پایه نشان داد که نظام باورهای بسیار ناکارآمدی دارد. همین آزمودنی در جلسه آخر درمان با کسب نمره ۹۲ میزان بهبودی ۵۴٪ را به همراه داشته و این از نکات جالب MBCT است که بر خلاف شناخت درمانی کلاسیک، بدون اینکه با نظام باورهای بیمار

می دهد. تمامی خرده مقیاسها نمراتش تغیر یافته است. بنابراین به نظر می رسد که MBCT می تواند باعث تغییر در شیوه های کنترل فکر شود. علاوه بر این نمرات SET نیز حاکی از این است که سطح «پذیرش خویشتن» آزمودنی های الف و ب تغییر کرده است به نحوی که در پایان جلسات درمان به سطح عزت نفس مطلوب رسیده اند. نمرات ATQ نشان می دهد که MBCT بدون درگیر شدن چالش با افکار خودآیند منفی بیماران مبتلا به افسرده خوبی، میزان فراوانی و اعتقاد به این افکار را کاهش می دهد.

بحث در یافته های پژوهشی

برای بررسی کارایی و اثربخشی، با توجه به ملاکهای ارائه شده، نتایج پژوهش مورد بحث و بررسی قرار می گیرند. اینگرام، هیز و اسکات (۲۰۰۰) معتقدند که کارایی در پیشینه



بنابراین به نظر می‌رسد که افزایش آگاهی فراشناختی یکی از دلایل جلوگیری از عود و بازگشت خلق افسرده باشد (تیزدیل، موری^۸، هایمورست^۹، پوپ^{۱۰}، ویلیامز و سگال، ۲۰۰۲).

از سوی دیگر روند نمرات DAS، بیانگر این مطلب است که هر دو آزمودنی، نمرات قابل ملاحظه‌ای کسب کرده‌اند، به طوری که آزمودنی الف در مرحله خط پایه نمره بسیار بالایی گرفته است که حاکی از نظام باورهای ناکارآمد وی می‌باشد، ولی در جلسه هشتم به میزان ۵۴ درصد بهبودی نشان داده است. نگرشهای ناکارآمد آزمودنی ب نیز بهبود قابل ملاحظه‌ای یافته است. نمره هر دو نفر کاهش معنی داری از نظر بالینی داشته است و به حد افراد عادی و نرمال رسیده است. تیزدیل و همکارانش (۲۰۰۱) سازوکار اصلی شناخت درمانی برای جلوگیری از عود افسردگی را کاهش تفکر دو مقوله‌ای می‌دانند که کاهش نمرات DAS تأیید کننده‌ی این مطلب است.

نمرات استرس و اضطراب آزمودنی‌ها نیز کاهش یافته است و ممکن است این نتیجه حاصل شود که اگر چه آماج اصلی MBCT افسردگی است، اما شاید بتوان از آن برای درمان استرس و اضطراب نیز استفاده کرد، همان کاری که کاباتزین (۱۹۹۰) انجام می‌دهد.

با توجه به فراگیر شدن بحث فراشناخت در رفتار درمانی شناختی (ولز، ۲۰۰۰)، نوع راهبردی که افراد برای کنترل افکار خود بکار می‌برند در ایجاد و تداوم آسیب شناسی نقش عمده‌ای ایفا می‌کند. نتایج پژوهش حاضر بیانگر این است که MBCT باعث تغییر در شیوه‌های کنترل فکر می‌شود.

گرایش به استفاده از نگرانی و تنبیه به عنوان راهبردهای کنترل فکر با نگرانی مرضی، روان رنجوری و درون‌نگرایی همبستگی مثبت دارند (رینولدز و ولز، ۱۹۹۹) و از سوی دیگر توجه برگردانی، کنترل اجتماعی و ارزیابی مجدد، همبستگی منفی، با آسیب‌پذیری نسبت به فشار روانی دارند. بنابراین به نظر می‌رسد کاهش نگرانی و تنبیه با کاهش مشکلات هیجانی و افزایش استفاده از توجه برگردانی، کنترل اجتماعی و ارزیابی مجدد با کاهش مشکلات هیجانی همراه است.

به غیر از خرده مقیاس تنبیه در آزمودنی الف، نتایج پژوهش حاضر با پژوهش رینولدز و ولز (۱۹۹۹) همخوان است.

اگر چه بهبود افکار منفی خودآیند به عنوان آماج اصلی MBCT قرار نمی‌گیرند، اما نمرات ATQ در دو بُعد فراوانی و میزان اعتقاد به افکار نشان می‌دهد که MBCT علاوه بر

پژوهشهای روان شناختی به بازده پژوهش وروایی درونی اشاره دارد که بهترین حالت آن زمانی است که نشان داده شود درمان در شرایط کنترل شده اثر مطلوب داشته است. آنها ملاکهای زیر را برای ارزیابی کارایی پیشنهاد کرده‌اند:

۱- اندازه تغییر^۱ میزان کاهش در علائمی که آماج اصلی درمان به شمار می‌روند)

نمرات آزمودنی‌ها در BDI از مرحله‌ی خط پایه تا ۱۰ ماه پس از درمان کاهش قابل ملاحظه‌ای یافته‌اند. اگر گفته ویلیامز (۱۹۹۷) را مینا قرار دهیم که نمره ۹ یا کمتر از آن را به عنوان بهبودی کامل برای افسردگی در نظر گرفته است، به نظر می‌رسد MBCT می‌تواند باعث کاهش افسردگی شود.

عود اختلال، هنگامی روی می‌دهد که فرد در دو هفته پیاپی در BDI نمره بالاتر از ۱۶ بگیرد که این امر در پژوهش حاضر رخ نداده است. این نتایج همانند یافته‌های تیزدیل و همکارانش (۲۰۰۲) نشان می‌دهد که MBCT در کاهش عود افسردگی مؤثر است. احتمال بازگشت اختلال در مرحله پیگیری (۱۰ ماه پس از اتمام دوره‌ی درمان) نیز دنبال شد و نتایج مرحله‌ی پیگیری که آزمودنی‌ها توانسته‌اند با استفاده از راهبردهای مقابله‌ای با عادات قدیمی ذهنشان مبارزه کنند.

اثرات پیش‌گیر MBCT ممکن است ناشی از یادگیری بیماران برای برگرداندن توجه^۲ از برخی افکار منفی باشد که از بدتر شدن حالت خلقی منفی جلوگیری می‌کند. فرد می‌تواند با «کنترل توجه»، از درگیر شدن در چرخه‌های اندیشناکی که عامل اصلی عود افسردگی هستند، رهایی یابد (تیزدیل، سگال و ویلیامز، ۱۹۹۴). اندیشناکی باعث تداوم خلق منفی می‌شود و از طرفی با کاهش رفتاری هدفمند، تضعیف توانایی‌های حل مسئله و یادآوری دائم خاطرات منفی گذشته، در فرآیندهای از خلق منفی تداخل ایجاد می‌کند. از سوی دیگر، توجه برگردانی باعث قطع این فرآیند و بهبود خلق افسرده می‌شود (نولن هوکسما، ۱۹۹۳؛ ۲۰۰۰؛ نولن هوکسما و بارکر^۴، ۱۹۹۴؛ واتکینز^۵ و تیزدیل، ۲۰۰۱؛ واتکینز و باراسیا^۶، ۲۰۰۲).

اگرچه در پژوهش حاضر ارزیابی برای اندازه‌گیری اندیشناکی به کار برده نشده است، اما افزایش نمرات آزمودنی‌ها در خرده مقیاس توجه برگردانی حاکی از آن است که اندیشناکی آنها کاهش یافته است.

با توجه به اینکه افکار ناکارآمد در افسردگی ممکن است ناشی از نقص در بازبینی فراشناختی^۷ باشند (تیزدیل، ۲۰۰۰)،

1 - magnitude of change
2 - decentering
3 - rumination
4 - Parker
5 - Watkins
6 - Baracia
7 - metacognitive monitoring

8 - Morre
9 - Hyhurst
10 - Pope



خلق افسرده بازگشت نداشته است.
۵- میزان پذیرش^۷ (چند درصد درمان را کامل کردند و چند درصد درمان را نیمه کاره رها کرده‌اند)
هر دوی آزمودنی‌ها درمان را تا پایان ادامه دادند و این ممکن است یکی از مزایای MBCT باشد که در هشت جلسه پروتکل درمان را کامل می‌کند و به نوعی شناخت درمانی کوتاه مدت محسوب می‌شود. البته برای دستیابی به نتیجه‌گیری مطمئن‌تر بایستی این پژوهش توسط افراد دیگری نیز تکرار شود تا بهتر بتوان به آن اعتماد کرد. نتایج پژوهش حمیدپور و همکاران (۱۳۸۴) نیز حاکی از آن است که آزمودنی‌ها روند درمان را تا پایان ادامه دادند. این نکته از این نظر حائز اهمیت است که طبق نظر کزدین (۱۹۹۲) افت آزمودنی‌ها در روند درمان را بایستی نکته‌ای منفی برای آن روش درمان در نظر گرفت.

۶- ایمنی^۸ (احتمال گرفتاریهای ناخوشایند احتمالی)
اگر چه روان درمانی در کاهش مشکلات بیماران موثر است، اما ممکن است اثرات جانبی ناخوشایندی نیز داشته باشد. با این حال نمرات آزمودنی‌ها در پرسش‌نامه‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که اضطراب، افسردگی، افکار خودآیند منفی و نگرش‌های ناکارآمد آنها افزایش نیافته‌اند. بدین گونه شاید بتوان نتیجه‌گیری کنیم که MBCT بر روی آزمودنی‌های این پژوهش اثری منفی به جای نگذاشته است.

در مجموع پژوهش حاضر نشان می‌دهد که MBCT از کارایی لازم برخوردار است. اما در خصوص سنجش اثربخشی یا کاربرد بالینی، انجمن روانپزشکی آمریکا (به نقل از بارلو و هافمن، ۱۹۹۷) سه ملاک ارائه داده است:

۱- کاربرد پذیری
MBCT به نوعی نزدیک شدن روان درمانی‌های مغرب‌زمین به روان درمانی‌های منشعب از مشرق زمین است و چنین شیوه‌های درمانی شاید به نوعی حاکی از تلفیق شناخت و عاطفه باشند و از سوی دیگر تئوری زیرسیستم‌های شناختی متعامل با تأکید بر جنبه‌های معنایی زبان ممکن است از کاربردپذیری بیشتری برخوردار باشد. هر چند قبل از تیزدیل و همکارانش (۱۹۹۴)، در سال ۱۹۷۸ نیدفر^۹ و شارپ^{۱۰} با توجه به روش «آموزش کنترل توجه»^{۱۱} این نوید را به روان درمانگران داده بود که روزی فرا می‌رسد که روان درمانی مغرب‌زمین و مشرق زمین با یکدیگر تلفیق و یکپارچه شوند ممکن است MBCT با توجه به اینکه از ریشه‌های فلسفی مشرق زمین

کاهش در فراوانی این افکار، فرد را به این بینش فراشناختی می‌رساند که فکر، فکر است (تیزدیل، ۱۹۹۹). بدین ترتیب MBCT سبک پردازش فراشناختی^۱ (ولز، ۲۰۰۰) را نیز فعال می‌کند. نکته جالب اینکه بدون درگیر شدن با افکار خودآیند آزمودنی‌ها، اعتقاد آنها به این افکار کم شد و این ممکن است یکی از مزایای جدی MBCT در درمان با بیماران مبتلا به مشکلات هیجانی باشد.

اگر چه عزت نفس در اکثر اختلالات هیجانی کاهش می‌یابد، ولی در افسردگی، هسته‌ی اصلی اختلال را تشکیل می‌دهد و به عنوان طرح‌واره‌ای نگرسته می‌شود که پردازش اطلاعات و رفتار را هدایت می‌کند (فنل، ۱۹۹۷، ۱۹۹۸). یکی از شاخصه‌های بهبودی افراد مبتلا به افسردگی، افزایش عزت نفس است. افراد مبتلا به افسردگی دچار خودسرزنشگری هستند و دائم خودشان را با افراد موفق مقایسه می‌کنند و شاید به همین دلیل است که عزت نفس بی‌ثبات و پایین را یکی از عوامل اصلی آسیب‌پذیری برای ابتلا به افسردگی می‌دانند (فرانک^۲ و دی رایت^۳، ۲۰۰۷). نتایج آزمون عزت نفس نشان می‌دهد که MBCT می‌تواند عزت نفس فرد را افزایش دهد و او را به حالتی از «پذیرش خویش» برساند (سگال، ویلیامز و تیزدیل، ۲۰۰۲).

۲- کلیت تغییر^۴ (چند درصد تغییر مثبت داشته‌اند در مقابل افرادی که تغییر نکرده‌اند و یا بدتر شده‌اند). نتایج نشانگر تغییرات مثبت هر دو نفر است.

۳- عمومیت تغییر^۵ (میزان تغییر در حوزه‌های شغلی و بین فردی).

یکی از ویژگی‌های اصلی اختلال افسرده‌خویی، نقص در عملکردهای اجتماعی و روزمره است. از آنجایی که هر دوی آزمودنی‌ها، دانشجو بودند، میزان رسیدگی به کارهای عقب افتاده و از سرگیری برنامه‌های درسی، شاید بتواند شاخص نسبتاً خوبی از تغییر حوزه کاری آنها محسوب شود. نتایج جلسه‌ی آخر درمان و همچنین مرحله‌ی پیگیری نشان داد که چنین تغییرات مثبتی رخ داده است. برای سنجش تغییر عملکردهای بین فردی، از هر دوی آزمودنی‌ها خواسته شد تا از هم اتاقی‌شان، میزان تغییر خود را سؤال کنند که برای آزمودنی اول در پیوستار ۱۰ تا ۱۰ (کمترین تغییر و ۱۰ بیشترین تغییر) نمره ۶ و برای مراجع دوم نمره ۸ بدست آمد.

۴- ثبات^۶ (نتایج مثبت درمان تا چه مدت دوام داشته‌اند)؟
پیگیری ۱۰ ماهه بعد از درمان، نشانگر این مطلب است که

7 - acceptability
8 - safety
9 - Nideffer
10 - Sharpe
11 - Attentional control training (ACT)

1 - Metacognitive mode
2 - Frank
3 - De Readt
4 - universality of change
5 - generality of change
6 - stability



نشأت گرفته است در ایران کاربرد بیشتری داشته باشد.

۲- تعمیم پذیری

با توجه به اینکه نتایج این پژوهش و پژوهش قبلی حمیدپور و همکاران (۱۳۸۴) شاید بتوان به این نتیجه رسید که MBCT رامی توان در مورد آزمودنی‌هایی ایرانی که مبتلا به افسرده‌خویی هستند بکار گرفت، ولی با این حال، بهتر است، چنین پژوهش‌هایی تکرار گردد تا صحت اطمینان یافته‌ها افزایش یابد.

۳- هزینه و سود

با توجه به اینکه MBCT در مقایسه با شناخت درمانی کلاسیک تنها در ۸ جلسه صورت می‌گیرد در هزینه و دقت مراجع، درمانگر صرفه جویی می‌شود. این یکی از مزیت‌های اصلی MBCT است. علاوه بر این افسرده‌خویی اختلال مقاوم به درمان است که به نظر می‌رسد به MBCT جواب می‌دهد.

گرچه پژوهش حاضر اگر چه نشان داد که MBCT از کارایی و اثربخشی لازم در درمان و جلوگیری از عود و بازگشت افسرده‌خویی مؤثر است، با این حال، پژوهش حاضر محدودیت‌هایی داشت، من جمله تعداد کم مراجعین (۲ نفر).

از آنجا که امروزه اندیشناکی را به عنوان مفهومی جدید در شناخت درمانی افسردگی در نظر می‌گیرند و حتی سازوکار اصلی MBCT را در کاهش اندیشناکی مفهوم‌سازی می‌کنند (نگاه کنید به حمیدپور، ۱۳۸۵) بهتر است در پژوهش‌های آینده از آزمودنی‌هایی که اندیشناکی را می‌سنجند استفاده شود. همچنین پژوهش حاضر با توجه به عقاید سیدمن (۱۹۶۰) به نقل از بارکر^۲، پیسترانگ^۳ و الیوت^۴ (۱۹۹۴) در دسته‌ی پژوهش‌های تکرار کامل^۵ (اجرای دوباره‌ی پژوهش توسط پژوهشگر قبلی با استفاده از همان روش‌های قبلی) قرار می‌گیرد. بهتر است این پژوهش توسط دیگران با همین مقیاس‌ها و روش‌ها نیز تکرار شود (تکرار حقیقی^۶) یا این که در جمعیت متناسب، و با استفاده از مقیاس‌های دیگری انجام گیرد (تکرار نظام‌مند^۷).

منابع

بیابانگرد، ا. (۱۳۷۶). راه‌های افزایش عزت نفس در کودکان و نوجوانان تهران: انتشارات انجمن اولیاء و مربیان.

حمیدپور، ح؛ صاحبی، ع و طباطبایی، م (۱۳۸۴). مقایسه کارایی و اثربخشی شناخت درمانی تیزدیل با شناخت درمانی بک در درمان افسرده‌خویی. فصلنامه اندیشه و رفتار. ۴۲، ۲، ۱۶۳-۱۵۰

حمیدپور، ح (۱۳۸۵). اندیشناکی: مفهومی جدید در شناخت درمانی افسردگی. بازتاب دانش. سال اول، ۲، ۷۰-۸۴.

حسن شاهی، م، م (۱۳۸۲). نگرش‌های ناکارآمد و راهبردهای کنترل فکر در بیماران وسواسی - اجباری غیر بالینی. فصلنامه تازه‌های علوم شناختی، سال پنجم، شماره ۴، ۵۶-۵۰.

خواجه موگهی، ن؛ برهانی، م و مهرابی، ف (۱۳۷۲). آماده‌سازی مقدماتی فرم فارسی پرسشنامه بالینی چند محوری میلون ۲ در شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد. انستیتو روانپزشکی تهران.

صاحبی، ع، اصغری، م. ج، ع و سالاری، ر (۱۳۸۴). اعتباریابی مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس برای جمعیت ایرانی. فصلنامه‌ی روانشناسان ایرانی. سال اول، شماره‌ی ۴، ۲۹۹-۳۱۲.

کاویانی، ح، جواهری، ف، بحیرایی، ه، (۱۳۸۴). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) در کاهش افکار خودآیند منفی، نگرش ناکارآمد، افسردگی و اضطراب: پیگیری ۶۰ روزه. فصلنامه‌ی تازه‌های علوم شناختی. ۷، ۱، ۴۹ تا ۵۹.

گال، م؛ بورگ، و؛ گال، ج (۱۳۸۴). روش‌های تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روانشناسی (جلد اول). ترجمه احمد رضا نصر و همکاران. تهران. سمت و شهید بهشتی.

یزدان دوست، رخساره؛ رضوان طلب، هادی؛ پیروی، افشین (۱۳۸۰) بررسی نگرش‌های ناسالم، افسردگی و شدت بیماری کرون قلب در بیماران بستری در CCU. فصلنامه اندیشه و رفتار؛ سال ششم، شماره ۴.

Amir, N., Cashman, L. & Foa, E. B. (1991). Strategies of thought control in OCD. Behaviour Research and Therapy. 35, 775-777.

Akiskal, H. S., Rosenthal, T. L. Haykal, R. E., Lemmi, H., Rosenthal, R. H., & Scottstrass, A. (1980). Characterological depressions: Clinical and sleep EEG fixing separating subaffective "from" character spectrum disorders". Archives of General Psychiatry, 37-777-783.

Barlow, D. H. & Hersen, M. (1979). Single case experimental designs strategies for studying behavior change. New York: Pergamon Press.

Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2000). Abnormal Psychology. New York: Brooks cole.

Barlow, D. H., & Hofman, S. G. (1997). Efficacy and dissemination of psychological treatments. In D., M., Clark & ch, G. Fairburn, (ed). Science and practice cognitive Behaviour therapy. (95-117). Axord: Oxford University Press.

- 1 - Sidman
- 2 - Barker
- 3 - Pistrang
- 4 - Elliot
- 5 - litral
- 6 - operational
- 7 - systematic



- Barker, C., pistrang, N., & Elliot, R.** (1994). Research methods in clinical psychology and counseling. Psychology. New York: John wily & sons.
- Checkley, S.** (1998). The management of resistant depression. In S, Checkley. (Ed). The management of depression. (431-457). UK: Blakwell science.
- Clark, D. A., Beck, A. T., & Alford, B. A.** (1999). Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Fenell M. J. V.** (1998). Low self esteem. In N. Tarnier, A, Wells, & G. Hadlock (ed). Treaning Complex Case: The Cognitive Behavioral Approach (217-240). New York: John Wily & Sons.
- Frank, E., & De Readt, R.** (2007). Self-esteem reconsidered: unstable self-esteem outper forms level of self-esteem as vulnerability marker for depression. Behavior Research and Therapy. 57T 1531-1541.
- Fenell, M. & Teasdale, J.** (1982). Cognitive therapy with chronic drug refractory depressed out patients: A note of caution. Cognitive Therapy & Research, 6, 455-960.
- Fenell, M. J. V.** (1997). Lowself esteem: A cognitive perspective. Behavioral and Cognitive Psychotherapy. 25-125.
- Free, M. L.** (2000). Cognitive therapy in groups. New York: Jhon Wiley & Sons.
- Ghassemzadeh, H., Mojtabai, R., Karamghadiri, N. & Ebrahimghani** (2005). Psychometric of a persian-language version of the Beck De pression Inventory-second Edition: BDI-II. Depression and Anxiety, 21, 182-192.
- Gotlib, I. H. & Schraedly, P. K.** (2000). Interpersonal Psychotherapy, In L. R. Synder & R. E. Ingram (ed). Handbook of Psychological change: Psychotherapy process & practice for the 21 st century. (258-279). Ney York: John Wiley & Sons, Inc.
- Ghassemzadeh. H., Mojtabai, R., Karamghadiri, N., & Ebrahimkhani, N.** (2006). Psychometric Properties of a persian-language version of the automatic thought Questionnaire: ATQ-Persian. International Journal of social psychiatry, 52, 2, 127-138.
- Hyes, S. C.** (1990). Single case experimental design and emprical clinical practice. In A. E. Kazdin (ed). Methadological issue and steragegies in clinical research (419-450). Washington: American Psychological Association.
- Ingram, A. E., Hayes, A. & Scott, W.** (2000). Emprically supported treatments: a critical analysis. In C. R. snyder R. E. Ingram (ED). Handbook of Psychological change: New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Kabat Zinn, J.** (1990). Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face, stress and illness. New York: DellPublishing.
- Kaplan, R. M., & Saccuzo, D. P.** (2001). Psychological testing: principle, application and issues. (5 ed). Tronto: Wadsworth.
- Kazantzis, N., Deane, F. P., & Ronan, K. R.,** (2000). Homework assignments in cognitive behavioral therapy: A meta - analysis. Clinical Psychology: Science and Practice. 7,2.
- Kazdin, A. E.** (1992). Research design in clinical Psychology (2 ed). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Klien, D. N., Norden, K. A., Ferro, T., Leader, J. B., Kasch, K. L., Klien, L. M., Schwartz, J. E. & Aronson. T. A.** (1998). Thirty month naturalistic follow up study of early onset dysthymic disorder: course, diagnostic stability, and prediction of outcome. Journal of Abnormal Psychology, 107, 338-348.
- Lovibond, S. M., & Lovibond, P. F. M.** (1995). Manual for depression anxiety-stress scale. Australia: Psychology foundation of australia Inc.
- Marnat, G. G.** (1990). Handbook of Psychological assesment. U.S.A: John Wiley & Jsons.
- Mason, O & Hargreaves, I.,** (2001). A qualitative study of mindfulness-based cognitive therapy for depression. British Journal of Medical Psychology, 74, 197-212.
- Miller, I. W., Keitner, G. I., Whisman, M. A., Ryan, Ch. E., Epstein, N. B., & Bishop, D. S.** (1992). Depressed patients with dysfunctional families: description and course of illness. Journal of Abnormal psychology, 101, 4, 367-646.
- Nolen-Hoekema's** (1993). Effects of rumination and distraction or nufurully occuring depressed mood. Cognition and Emotion. 7(6), 561-570.



- Nolen-Hoekemas, S.** (2000). The role of rumination in depressive disorder and mixed anxiety/ depressive disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 3, 504-542.
- Ogles, B. M., Lunner, K. M & Bonesteel, K** (2001). Clinical significance: history, application and current practice. *Clinical psychological Review*, 21, 421-446.
- Repiar, W.** (1994). Depression. In G. W. Lindsay & Powel, G. E. (ed). *The Handbook of clinical adult psychology*. (2 ed). 92-109. London: Routledge.
- Reynolds, M. Wells, A.** (1999). The thought questionnaire psychometric properties in clinical sample and relationships with PTSD and depression. *Psychological medicine*, 29, 1089-1099.
- Scott, J.** (1998). Where there's a will cognitive therapy for people with chronic depressive disorders. In N., TARRIER. A., Wells. G. Haddock (ED). *Treating complex case: The cognitive Behavioural Therapy Approach*. (81-104). New York: John Willy & Sons.
- Segal, Z. V., Williams, M. G., Teasdale, J. D.** (2002). *Mindfulness - Based Cognitive Therapy for depression*. New York: Guilford Press.
- Stravinski, A., Sahar, & Verveault, R.** (1991). A Pilot Study of Cognitive Treatment of dysthymic disorder. *Behavioural Psychotherapy*, 4, 387-394.
- Teasdale, at el** (2002). Metacognitive awareness and prevention of Relaps in depression: Emprical Evidence. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*. Vol. 70, No. 2, 275-287.
- Teasdale, D. J.** (1999). Multi-level theories of cognition - emotion relations. In J. Dalglis, & M. Power (ed). *Handbook of cognition and emotion*. (665-682). Chichester: John Wiley & Sons.
- Teasdale, G. D., Taylor, M. G., Cobper, Z., Hayhurst, H. U., Payke, E. S.** (1995). Depressiv thinking: Shiftsin construst accessibility or in schematic mental models? *Journal of Abnormal Psychology*. 104, 3, 500-507.
- Teasdale, J. D. & Barnard, P. J.** (1993). *Affect, cognition and change: re-modelling depressive thought*. Erlbaum, Hove, UK.
- Teasdale, J. D. & Russell, M. L.** (1993). Differential effects of induced mood on the recal of positire, negative and nearal words. *British Journal of Clinical Psychology*, 22, 263-171.
- Teasdale, J. D.** (1993). Emotion and two kinds of meaning: cognitive therapy and applied cognitive scince. *Behaviour research and therapy*. Vol. 31, No. 4, 339-345.
- Teasdale, J. D.** (1997). The relationship between cognition and emotion: the mind-in-place in mood disorder. In D, M. Clark & Ch, G. Fairburn. (Ed). (67-93). *Science and practice of Cognitive Behavioral therapy*. Oxford: Oxford universtiy press.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Willaiams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsbuy, J. M., & Lax, M. A.** (2000). Prevention of relapsel recurrence in major depression b mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*. 68, No. 4, 615-623.
- Warda, G., & Bryant, R. A.** (1998). Congitive bias in acute strtss disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 36, 1177-1183.
- Watkins, E., & Williams, R.** (1998). The efficacy of cognitive behavioural therapy. Ins, checkley (ed). *The management of depression*. Oxford: Black well Science.
- Watkins, ed. & Barbacia, S.** (2002). Rumination and social problem-solving in depression. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 1179-1189.
- Watkins, E., Scott, J. Wingrove, J. Rimes, K., Bathurskt, N. Steiner, H, Kennell webb, S, Moulds, M., & Mdliaris, Y** *Behaviour research therapy*. (in press).
- Wells, A.** (2000). *Emotional disorder and metacognition*. New York: John Wiley & Sons.
- Wells, A., & Davis,** (1994). The Thought Control Questionnaire: a measure of individual diffrence in control of unwanted thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 811-878.
- Williams, M. G.** (1997). Depression In D. M. Clark, & ch. G. Fairburn (ed). *Science and practice of Cognitive Behaviour Therapy*. (259-283). Oxford: Oxford University Press.